

Abstract

1. Background: The *dodo bird verdict* proclaims that all psychotherapies produce equivalent outcomes based on observations of studies on psychotherapy outcome, however, it remains unclear why that is. It is found to be important to get a better understanding of how psychotherapies work, and why they produce similar outcomes, in order to improve their efficacy.
2. Objective/methods: Psychodynamic psychotherapy (PDT) and cognitive behavioural therapy (CBT) are therapies, which appear rather different in both methods and theory, but which despite these differences, in accordance to the dodo bird verdict, produce similar outcomes. This theoretical thesis examined the evidence of the efficacy of CBT and PDT in the treatment of depression, and looked on different possible factors that can explain their mechanisms of action.
3. Results: Three randomised controlled studies were included. The quality of the studies varied in their quality as demonstrated in variations in statistical power and control group conditions. Two out of three studies indicated an equivalence of PDT to CBT for change in depressive symptoms at posttreatment. Different possible explanations for these results were discovered. One explanation was common factors, which included factors like a therapeutic alliance and insight. Another explanation was the therapies effect on an evolutionary cause of depression. The included studies indicated that less than half of the participants achieved remission. Different possible explanations for this finding were: Differences in disorder vulnerability, suboptimal cognitive capacities and lack of cultural considerations in therapy.
4. Conclusion: Results suggest equivalence of PDT to CBT. Different possible explanations for this result were found, however further research is needed to identify the exact causal mechanisms of change in psychotherapy.

Indledning

I fortællingen om *Alice i eventyrland* af Lewis Carroll, har Alice mødt en and, en dronte, en papegøje og en mus på sin vej, som alle er blevet våde, da de er faldet i en sø af Alices tårer. Alice diskuterer da med alle de forskellige dyr, hvordan de kan blive tørre igen, hvortil dronten foreslår, at de kan lave et væddeløb, hvor de skal løbe i ring:

Først ridsede den en væddeløbsbane op, der omtrent var formet som en cirkel. ("Det er for resten lige meget, hvilken form den har," sagde dronten.) Så blev alle de tilstedeværende stillet op langs væddeløbsbanen ... sådan hist og her, som det nu kunne falde sig. Der blev ikke sagt: "En, to, tre - af sted!"; de begyndte bare at løbe, når det passede dem, og holdt op, når de ikke gad mere, så derfor var det sandelig ikke let at vide, hvornår væddeløbet var forbi. Men da de havde løbet en halv times tid eller deromkring og var blevet helt tørre igen, råbte dronten pludselig: "Væddeløbet er forbi!" og nu stimlede de sammen om den og spurgte forpustet: "Hvem har vundet?" Det spørgsmål kunne dronten ikke svare på, sådan uden videre. Den måtte først tænke sig godt om.(...) Til sidst sagde dronten: "Alle har vundet, og alle skal have præmie." (Carroll, 1865).

I 1934 anvendte Saul Rosenzweig fortællingen med Alice og alle dyrene i et væddeløb til at demonstrere sin pointe om, at alle former for psykoterapier er lige effektive, som han konkluderede efter, at han havde observeret at de forskellige psykoterapier producerede lignende udfald. Han udledte, at disse måtte virke lige godt grundet elementer, som psykoterapierne har tilfælles (Cuijpers og Huibers (2015, p. 1) Det vil sige, at pointen om, at uanset hvordan dyrene løb rundt om banen for at tørre sig, blev de tørre, kunne ifølge Rosenzweig overføres til, at uanset, hvordan terapiformerne tager sig forskelligt ud, er de alle lige effektive. Denne pointe blev kendt som *drontekendelsen* eller *the dodo bird verdict*. Rosenzweigs pointe vækkede en undren hos os, da vi tænkte, om det kunne passe, at der er dødt løb mellem alle psykoterapier. Det undrede os desuden, hvorfor der findes forskellige slags terapiformer, hvis alle er lige gode. Endvidere oplevede en af os, at en foredragsholder bekendtgjorde, at den terapiform, som han praktiserede, ifølge den nyeste forskning, var den mest effektive psykoterapi i dag. Denne udtalelse

undrede os grundet vores viden om drontekendelsen, og medførte et behov for at få en mere dybdegående forståelse af terapiformerne samt undersøge deres evidens. Eftersom vi ikke kunne undersøge alle terapiformer, måtte vi begrænse os til to og udvalgte kognitiv adfærdsterapi samt psykodynamisk psykoterapi. Ud over at vi måtte begrænse vores nysgerrighed, skyldes valget i forhold til at undersøge psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi også, at det er vores indtryk, at de er de mest anvendte i Danmark (Ekstrøm, 2019), hvorledes vi med stor sandsynlighed kommer til at arbejde med de to terapiformer efter endt uddannelse. Endvidere har en af os erfaring med at praktisere psykodynamisk psykoterapi, hvor det viste sig, at terapiformen virkede i praksis, og at klienterne fik det bedre, men det var ikke helt tydeligt, hvad det var, som gjorde, at de fik det bedre. Dette gjorde os nysgerrige på at forstå, hvordan psykoterapierne virker samt, hvordan de kan være lige effektive på trods af deres ydre forskelligheder. Med henblik på at undersøge dette, findes det nødvendigt at få en bedre indsigt i deres teoretiske grundlag, hvorfor vi valgte at skrive et teoretisk speciale. Desuden tænker vi, at valget af et teoretisk speciale gøre os mere teoretisk velfunderede i vores kommende arbejde som psykologer.

For at undersøge hvordan psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi virker, er vi nødt til at undersøge dem i forhold til deres behandling af én bestemt diagnose, således de har en similaritetsfaktor, hvilket blev depression. Vi valgte denne diagnose på grund af vores indtryk af, at depression er en af de mest udbredte diagnoser i psykologisk praksis. Alle disse tanker ledte os mod følgende problemformulering:

Hvad er evidensen for, at psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi er effektive til at behandle depression, og hvad kan forklare deres virkning?

Emneafgrænsning

I dette afsnit vil vi forsøge at præcisere vores problemformulering. Først vil vi i vores analyse forsøge at besvare, hvad evidensen er for, at psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi kan behandle depression. Dernæst vil vi i anden del af vores analyse forsøge at besvare, hvad der kan forklare deres virkning.

Da vi på forhånd, som nævnt, kender til drontekendelsen, er bindeleddet mellem de to spørgsmål i problemformuleringen, at hvis psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi skulle vise sig at være lige effektive, er vi interesserede i, hvordan de hver især virker.

I forhold til **evidens** menes der, hvorvidt der findes forskningsfund, som for eksempel effektstudier, der kan påvise at terapiformerne er effektive til at behandle depression.

I forhold til **psykodynamisk psykoterapi** defineres dette som et paraplybegreb, der dækker over flere terapiformer, der er inspireret af Freud og psykoanalysen. Denne definition vil blive grundigt uddybet i opgavens teoriafsnit om psykodynamisk psykoterapi. **Kognitiv adfærdsterapi** dækker ikke over flere terapiformer men over én. Terapien blev i starten udviklet af Beck som kognitiv terapi, hvorefter det smeltede sammen med den adfærdsterapeutiske retning, som bygger på behaviorismen, og blev til kognitiv terapi. Definitionen på kognitiv adfærdsterapi vil ligeledes blive belyst i dybden i nedenstående.

Depression defineres ud fra DSM-IV's kriterier for Major Depressive Disorder (MDD), hvilket skyldes, at de inkluderede studier i vores analyse, alle anvendte DSM-IV's kriterier for depression. I det nedenstående fremsættes både DSM-IV og ICD-10's kriterier for depression, eftersom der anvendes ICD-10 i Danmark:

ICD-10

World Health Organisation (2016) ICD-10 kriterier for F32 depressiv enkeltepisode, F32.0 mild depressiv episode, F32.1 moderat depressiv episode og F32.2 alvorlig depressiv episode er som følger:

F.32 Depressiv enkeltepisode

Ved typiske milde, moderate eller alvorlige depressive episoder, lider patienten af nedsat humør, nedsat energiniveau og et nedsat aktivitetsniveau. Kapaciteten for nydelse, interesse og koncentration er nedsat, og markant træthed er almindeligt, selv efter minimum anstrengelse. Søvn er ofte forstyrret og appetit nedsat. Selvværd og selvtillid er næsten altid nedsat og selv i mild form er der ofte nogle ideer om skyld og værdiløshed til stede. Det nedsatte humør varierer lidt fra dag til dag, responderer ikke på omstændigheder og kan være akkompagneret af såkaldte ”somatiske”

symptomer som tab af interesse og behagelige følelser, vågne om morgenen adskillige timer før det normale tidspunkt, depression værst om morgenen, markant psykomotorretardering, agitation, tab af appetit, vægttab og tab af libido. Afhængigt af antallet og intensiteten af symptomer, så kan en depressive episode nærmere angives som mild, moderat eller alvorlig.

F32.0 Mild depressiv episode

To eller tre af de ovenstående symptomer er ofte tilstede. Patienten er typisk plaget af disse, men vil sandsynligvis være i stand til at fortsætte med de fleste aktiviteter.

F32.1 Moderat depressiv episode

Fire eller flere af de ovenstående symptomer er ofte tilstede, og patienten har sandsynligvis svært ved at fortsætte almene aktiviteter.

F32.2 Alvorlig depressiv episode uden psykotiske symptomer

En episode af depression hvor adskillige af de ovenstående symptomer er markante og foruroligende, typisk tab af selvværd og ideer om værdiløshed og skyld. Selvmordstanker og forsøg er almindelige og et antal af "somatiske" symptomer er ofte til stede.

DSM-IV

American Psychiatric Association's DSM-IV (2000) kriterier for *Major Depressive Disorder* (MDD) er som følger:

Major Depressive Disorder Diagnostic Criteria according to DSM-IV-TR

A	<p>Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning. At least one of the symptoms is (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.</p> <ul style="list-style-type: none">(1) Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report or observation made by others.(2) Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day.(3) Significant weight loss when not dieting or significant gain, or decrease or increase in appetite nearly every day.(4) Insomnia or hypersomnia nearly every day.(5) Psychomotor agitation or retardation nearly every day.(6) Fatigue or loss of energy nearly every day.(7) Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick).(8) Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others).(9) Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or specific plan for committing suicide.
B	The symptoms do not meet the criteria for a mixed episode
C	The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning.
D	The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (for example, a drug of abuse, a medication), or a general medical condition (for example, hyperthyroidism).
E	The symptoms are not better accounted for by bereavement, i.e. after the loss of a loved one, the symptoms persist for longer than 2 months or are characterised by marked functional impairment, morbid preoccupation with worthlessness, suicidal ideation, psychotic symptoms or psychomotor retardation.

Metode

Som allerede nævnt, er dette en teoretisk opgave. Med henblik på at skabe transparens i vores speciale, vil vi i følgende begrunde, hvilke videnskabsteoretiske tilgange, som anvendes i vores opgave. Vi anvender både den ideografiske og nomotetiske tilgang til at besvare vores problemstilling, da vi mener, at undersøgelsesspørgsmålet naturligt kræver dette. Vi vil bruge begge perspektiver på viden til at argumentere for gyldigheden af vores resultater i opgaven, hvilket vil blive taget op i diskussionen.

Ideografisk viden

Opdelingen af nomotetisk og ideografisk viden stammer oprindeligt fra Windelband fra det 19. århundrede (Windelband, if. Hougaard, 2004, p. 179). Windelband definerer ideografisk viden som noget, der forklarer det enkelte tilfælde, hvilket for eksempel anvendes i beskrivelsen af historiske begivenheder. Allport ændrede Windelbands definition af ideografisk viden fra værende noget, der gælder den enkelte begivenhed, til at være noget, som gælder for den enkelte person inden for psykologien (Allport, 1937, if. Hougaard, 2004, p. 179). Brinkmann (2012, p. 76) definerer den ideografiske videnskab som studiet af individuelle og enkelte tilfælde eller cases. Flyvbjerg (2015, p. 463) argumenterer for nødvendigheden af at anvende den ideografiske videnskab, idet han forklarer, at komplekse, videnskabelige spørgsmål ikke kan besvares uden dybdegående caseforskning. Flyvbjerg har med inspiration fra Campbells syn på casestudiet formuleret flere misforståelser i forhold til casestudier, hvor en af disse er: ”Man kan ikke generalisere ud fra enkelttilfælde, og derfor kan casestudiet ikke bidrage til den videnskabelige udvikling” (Campbells, 1975, if. Flyvbjerg, p. 465). Flyvbjerg modsiger denne opfattelse ved at inddrage Giddens, som mener, at eksempelvis feltarbejde ikke kan generaliseres ud fra, men Giddens mener, at hvis antallet af feltstudier forøges, kan de godt generaliseres ud fra (Giddens, 1984, if. Flyvbjerg, p. 465). Flyvbjerg giver Giddens ret i, at det er både hensigtsmæssigt og værdifuldt at generalisere ud fra flere studier med feltarbejde. Men Flyvbjerg er uenig med ham i, at det er den eneste måde at forske på samt, at der ikke kan generaliseres på baggrund af enkelte cases. Dette beviser Flyvbjerg via et eksempel om Galileis forkastelse af Aristoteles lov om tyngdekraften. Aristoteles havde gjort sig tanker om, at tungere genstande vil falde hurtigere end lettere genstand. Men Galilei ræsonnerede sig frem til, at to genstande, uanset vægt, ville falde med samme hastighed, hvorefter han udførte dette eksperiment praktisk. Galileis ræsonnement viste sig senere at være sandt, da der blev eksperimenteret med udkast af en fjer og et lufttomt rør med en klump bly i, hvor begge genstande faldt med samme hastighed. På baggrund af Galileis tanker, som via dette enkelte eksperiment blev verificeret, udleder Flyvbjerg, at denne verifikation hverken krævede en lang række observationer eller store, tilfældige stikprøver. Flyvbjerg mener, at store stikprøver er nyttige i nogle tilfælde men ikke

alle, og at det dermed afhænger af det studerede problem, om store stikprøver eller enkelte tilfælde undersøges (Flyvbjerg, 2015, p. 465).

Endvidere mener Flyvbjerg, at generalisering ikke i alle tilfælde er et mål i sig selv, og at selvom viden ikke er generaliserbart, er det ikke ensbetydende med, at den ikke kan indgå i “den kollektive vidensakkumulation på et givet felt eller i et samfund”, som Flyvbjerg udtrykker det (ibid., p. 469f). Dette begrundes han med, at videnskab på tysk bogstaveligt betyder “at skaffe viden” og dette kan altså være alle former for viden (ibid.). Ydermere forklarer Flyvbjerg, at casestudiet er nyttigt i den type test, som Popper (1959) benævner *falsifikation* (Popper, 1959, if. Flyvbjerg, p. 470). Popper mente, at hvis en enkelt observation ikke bekræfter tesen, skal tesen forkastes eller revideres. Dette eksemplificerede Popper ved at forklare, at alle svaner ikke kan konkluderes som hvide, hvis en af dem er sorte. Flyvbjerg mener, at en ideografisk tilgang netop går i dybden med sådanne enkelte tilfælde og dermed kan anvendes til at falsificere en hypotese (Flyvbjerg., p. 472).

Nomotetisk viden

Windelband beskriver nomotetisk viden som viden, der forklarer fænomener ud fra almene og universelle lovmæssigheder, hvilket kan betragtes inden for naturvidenskaben (Windelband, if. Hougaard, p. 179). Videnskab fordrer, at viden kan generaliseres, dog er spørgsmålet, om viden inden for psykologien er mulig at generalisere ud fra og dermed, om psykologien er videnskabelig (ibid., p. 180). Meehl har viet disse spørgsmål overvejelser i sin monografi om klinisk og statistisk forudsigelse (Meehl, 1954, if. Hougaard, p. 180). Ifølge Meehl er det muligt at formulere almene lovmæssigheder for grupper af individer, men disse lovmæssigheder vil indeholde kvantitative variationer for forskellige individer på centrale parametre, som indgår i lovmæssigheden (ibid.). Dog understreges det, at disse lovmæssigheder, som angår mennesker, altid vil være probabilistiske, hvilket vil sige, at de kun gælder med en vis sandsynlighed. Men hvis der kigges på de konkrete detaljer i forhold til, hvordan den enkelte person reagerer i en specifik situation, er der tale om ideografiske forskelligheder, som ikke kan forudsiges ud fra almene lovmæssigheder (ibid.). Hougaard kommer med et eksempel på, hvordan

denne forståelse kan udspille sig i psykodynamisk terapi: Klienter i psykodynamisk terapi vil, ud fra en nomotetisk lovmæssighed om overføring, reagere på terapeuten med indflydelse af klientens interpersonelle kernekonflikter. De forskellige parametre ved overføringen, som styrken af reaktionen og hvor positiv eller negativ reaktionen er, vil variere kvantitativt fra person til person. Hvordan overføringen konkret udformer sig, er dog i høj grad ideografisk, og vil ikke kunne forudsiges ud fra den almene lovmæssighed om overføring (ibid, p. 181). Så her kan lovmæssigheden kun forudsige, at overføring vil finde sted, og at den vil indeholde kvantitative variationer på forskellige parametre, men den kan ikke forudsige helt specifikt, hvordan den enkelte persons overføringsreaktioner vil udfolde sig. Hougaard argumenterer for, at værdien af en videnskabelig tilgang til psykoterapi afhænger af dens mulighed for at formulere lovmæssigheder, der kan gå på kompromis ved både at vise hensyn til generaliserbarhed og detaljeringsgrad (ibid.). Desuden er store stikprøver essentielle inden for det nomotetiske perspektiv, hvis der skal forudsiges almene lovmæssigheder.

Vi anvender både den ideografiske og nomotetiske tilgang til at besvare vores problemstilling, da vi mener, at undersøgelsesspørgsmålet naturligt kræver dette. Vi vil bruge begge perspektiver på viden til at argumentere for gyldigheden af vores resultater i opgaven, hvilket vil blive taget op i diskussionen.

Søgestrategi

Med henblik på at besvare vores problemformulering, valgte vi at gå i dybden med nogle få studier. Dette gjorde vi for det første for at få en bedre indsigt i den forskning, som evidensen for kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk psykoterapi er baseret på. For det andet, valgte vi at gå i dybden med få studier for at få en bedre forståelse for, hvordan terapiformerne virker, studier frem for metaanalyser er mere detaljerede. Vi valgte ikke at gå i dybden med metaanalyser/systematiske reviews til at besvare første del af vores problemformulering omkring evidens, fordi det ville blive for omfattende for dette speciale både at gå i dybden med resultaterne af enkelte studier samt af metaanalyser/systematiske reviews. For at finde relevante studier, krævede dette, at vi lavede en søgestrategi, som er beskrevet i det nedenstående.

Vi strukturerede vores søgning således, at vi udelukkende søgte på PubMed. Det havde været optimalt at søge på flere databaser som blandt andet PsycINFO, men grundet tidsbegrænsninger er søgningen blevet indskrænket til én database.

Vi tilrettelagde søgningen således, at vi først søgte på de nyeste systematiske reviews, som undersøger effekten af KAT og PDT. Grunden til, at vi først valgte at søge på reviews frem for enkelte studier skyldes, at vi ønskede at få den bredeste dækning af forskningen på området, samt bruge dem til at finde relevante studier til vores analyse. Heraf valgte vi tre studier.

Vi startede med at konstruere vores søgning ved hjælp af MeSH terms som “psychodynamic psychotherapy”, “cognitive behaviour therapy”, “depression”, “depressive disorder”, “major depressive disorder”, “treatment outcome”, “outcome assessment”, “adult” og “human”. Efter vi havde anvendt MeSH terms, fandt vi ud af, at det gav flere resultater at bruge specifikke søgeord.

Vi selekterede de tre studier ud fra følgende søgekriterier:

1. Det skulle være randomiserede kontrollerede studier (RCT's), da de er mere pålidelige end ikke-kontrollerede og ikke-randomiserede studier ud fra en nomotetisk forståelse.
2. De skulle have en så stor stikprøve som muligt, da det er mindre biased (Coolican, 2014, p. 52).
3. Have en stikprøve med voksne i en alder af 18-65 år, da børn og ældre personer ikke kan sammenlignes voksne.
4. Undersøge effekten af kognitiv adfærdsterapi eller psykodynamisk psykoterapi i behandlingen af depression.
5. Have et lignende forskningsdesign, da det gør det lettere at sammenligne studierne.

Udvalgte studier

På baggrund af vores søgning udvalgte vi tre forskellige studier, som efterlevede vores søgekriterier bedst. Disse studier undersøger henholdsvis effektiviteten af psykodynamisk terapi (Town et al., 2017), kognitiv adfærdsterapi (Nakagawa et al.,

2017) og psykodynamisk terapi sammenlignet med kognitiv adfærdsterapi (Driessen et al., 2013) i behandlingen af depression. Grunden til, vi valgte at inddrage det tredje studie af Driessen et al. var, at den undersøger effekten af en mere støttende form for psykodynamisk terapi, mens Town et al. undersøgte en mere ekspressiv form. På den måde kunne vi få dækket begge ender af spektret af psykodynamisk terapi, og dette spektrum vil blive uddybet nærmere nedenfor i teoriansnittet.

Vi forsøgte at vælge studier med lignende forskningsdesigns, hvor de studier, som vi udvalgte, blandt andet anvendte de samme diagnostiske kriterier for depression (alle deltagerne skulle opfylde kriterierne for Major Depressive Disorder i DSM-IV), samt alle anvendte HAM-D eller GRID-HAMD til at måle ændringer i depressive symptomer. Ligeledes forsøgte vi at finde studier med så mange deltagere som muligt men måtte gå på kompromis i forhold til forskningsdesignskriterierne. Vi fandt blandt andet et studie, som undersøgte kognitiv adfærdsterapis effekt i behandlingen af depression med en meget stor stikprøve. Men dette studie anvendte ikke HAM-D, hvorfor vi valgte studiet af Nakagawa et al. i stedet, på trods af dette studies betydeligt mindre stikprøvestørrelse.

Størstedelen af forsøgsparticipanterne i de udvalgte studier fik antidepressiv medicin udover psykoterapi. Eftersom denne medicin kan have haft indflydelse på behandlingseffekten udover psykoterapi, ville det have været mere optimalt at finde studier, hvor deltagerne kun fik psykoterapi. Det var dog ikke muligt at finde studier, hvor de ikke fik medicin, og samtidigt opfyldte vores andre søgekriterier. Dog kan man argumentere for i to af studierne (Nakagawa et al., 2017 og Town et al., 2017), at medicinen muligvis ikke har haft en stor effekt på resultaterne, eftersom de undersøgte deltagere, som var resistente over for medicinsk behandling (deltagerne opfyldte kriterierne for TRD eller treatment resistant depression). I det tredje studie af Driessen et al. havde deltagerne ikke TRD, men det var kun deltagerne med mere alvorlige depressive symptomer, som fik antidepressiv medicin, hvilket udgjorde 44% af deltagerne i undersøgelsen. Vi anerkender, at vores valg af dette studie kan kritiseres, men som allerede nævnt, var vi nødsaget til at gå på kompromis i forhold til, at deltagerne fik medicin for, at resten af vores inklusionskriterier blev overholdt.

Læsevejledning

I denne vejledning er to vigtige punkter fremhævet, således specialet er mere læsevenligt:

Teoriafsnittet er udelukkende en redegørelse for psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi. Dernæst vil der løbende i analysen og diskussionen blive inddraget ny teori, som ikke er centreret omkring de to psykoterapier. Årsagen til, at teorien kun omhandler de to psykoterapier skyldes, at de lægger fundamentet for hele opgaven og derfor kræver en yderligere uddybning, hvor anden teori er mindre uddybet og derfor vil blive introduceret løbende, hvor det anvendes i opgaven. Desuden har vi valgt at anvende forkortelser i løbet af opgaven, hvilket bliver opsummeret i nedenstående tabel, som læseren kan vende tilbage til.

Forkortelser i opgaven
Terapiformer: ISTDP: Intensive short term dynamic psychotherapy KAT: Kognitiv adfærdsterapi PDT: Psykodynamisk psykoterapi STPP: Short term psychodynamic psychotherapy
Diagnoser/diagnostiske manualer: MDD: Major depressive disorder TRD: Treatment resistant depression DSM-IV: The diagnostic and statistical manual of mental disorders (4. udg.) ICD-10: International classification of diseases (10. udg.)
Måleværktøjer til måling af depression: BDI-II: Beck depression inventory (2. udg.) GRID-HAMD: GRID-Hamilton depression rating scale HAM-D: Hamilton depression rating scale IDS-SR: Inventory of depressive symptomatology self-report PHQ-9: The patient health questionnaire (9 items) QIDS-SR: Quick inventory of depressive symptomatology self-report

Andre:

NAT: Negativ automatisk tænkning

TAU: Treatment as usual/standardbehandling

Teori

Som nævnt ovenfor, vil der i dette afsnit først blive redegjort for PDT og dernæst KAT. Det findes nødvendigt at gå i dybden med teorien bag disse to terapiformer, før anden del af problemformuleringen kan besvares. En uddybning af begge terapiformer gør det muligt i analysen at undersøge delementerne i terapierne, med henblik på at finde årsager til, hvorfor de virker.

Hvert enkelt afsnit med henholdsvis PDT og KAT er forsøgt opbygget på samme måde, så det er nemmere at sammenligne dem. Hvert enkelt afsnit indeholder først en definition, forståelsen for årsagen til psykopatologi og behandlingsmetode.

Psykodynamisk psykoterapi

Definition

PDT og psykoanalysen

Hougaard (2004, p. 54) forklarer, at PDT er et paraplybegreb dækkende over flere terapiformer, som er inspireret af Sigmund Freuds *psykoanalyse* (også kaldt *klassisk, psykoanalytisk terapi* eller *standardanalysen*). Hougaard skriver, at på trods af en tilbøjelighed til at anvende psykoanalytisk orienteret terapi synonymt med PDT, er PDT en kategori, som favner bredere (ibid.). Vi opfatter ligeledes PDT som et paraplybegreb, der dækker over terapiformer, som er inspireret af psykoanalysen. Men ud over dette tolker vi psykoanalysen som en terapiform inden for PDT.

Historisk baggrund

Freuds teori blev skabt omkring år 1900 i Wien og fremført i hans bog "Drømmetydning" (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 5). Psykoanalysen er kendt som en klassisk teori inden for psykologien, hvor denne er meget bred, idet den forklarer mange fænomener. Ydermere er hans teori kompleks at forstå, hvilket har medført mange, forskellige fortolkninger (Gammelgaard, 2011, p. 152f). Psykoanalysen har blandt andet et dystert menneskesyn, hvor der er fokus på menneskets mørke sider og drifter, hvilket sandsynligvis skyldes Freuds levetid, hvor der var fokus på dette felt inden for kunsten. Endvidere fokuseres der i psykoanalysen også på det subjektive og irrationelle i mennesket, hvilket var en modreaktion på rationalismen (ibid., pp. 154-156). Der findes et begrænset antal psykoanalytikere i dag, hvilket vil sige, at psykoanalysen stadig anvendes, men den er dog ikke et aktuelt behandlingstilbud i sundhedssektoren. Desuden er fokus på menneskets drifter nedtonet inden for den moderne psykoanalyse, hvor en relationsbaseret opfattelse er mere i fokus (Gullestad & Killingmo, 2005, p. 22).

Siden Freuds teori opstod, er nyere teorier udviklet på baggrund af hans originale tilgang. PDT er således baseret på *psykoanalysen, egopsykologien, objektrelationsteorien, tilknytningsteorien, den interpersonelle samt den relationelle psykoanalyse og selvpsykologien* (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 5). Disse teorier, bortset fra psykoanalysen, vil ikke blive gået i dybden med i nedenstående. Det skyldes, at behandlingsmodellen Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP), som denne undersøgelse går i dybden med, udelukkende trækker på Freuds psykoanalyse, og af denne årsag vil blive redegjort for nedenfor.

Freuds teori

Der findes tre grundlæggende bestanddele inden for psykoanalysen, som har været omdrejningspunktet for diskussion og videreudvikling, grundet deres udfordrende natur. Disse er 1) *driftsteorien*, 2) barndommens betydning for den menneskelige udvikling og 3) *teorien om det ubevidste* (Gammelgaard, 2011, p. 152f).

Barndommens betydning for den menneskelige udvikling vil ikke blive uddybet, da der ikke har været tilstrækkeligt med ressourcer til dette.

Driftsteorien indebærer, at alle menneskers adfærd er motiveret af indre, stærke instinkter. Et instinkt aktiveres, når kroppen mangler noget, den har behov for som for eksempel mad eller vand. Dette skaber en tilstand af ubehag og psykisk anspændthed, hvilket Freud definerede som *drift*. Ifølge Freud er al adfærd styret af *nydelsesprincippet*, som er ønsket om at øge velbehag og undgå ubehag. Den ønskede velbehag opnås ved hjælp af *driftreduktion*, der drejer sig om at agere efter samt imødekomme behovene og dermed reducere drifterne, som skaber balance i kroppen (Ewen, 2012, p. 14).

Teorien om det ubevidste indebærer tanken om, at størstedelen af vores personlighed ikke er bevidst samt er svær at gøre tilgængelig for bevidstheden. Dog findes en mindre del af personligheden i det *førbevidste*, som er den del af personligheden, der er ubevidst men alligevel nemt kan trækkes frem og gøres bevidst (ibid., p. 20f).

Endnu en vigtig bestanddel af Freuds teori er hans *strukturelle personlighedsmodel*, som er en model over personlighed og psykopatologi. Modellen blev første gang fremført i 1923 og består af *detet*, *jeget* og *overjeget* (Freud, 1923/1962).

Detet er den del af personligheden, som er fuldstændig ubevidst, og som har til opgave at forvandle biologiske behov om til drifter ved at skabe mentale billeder af, hvad det vil have (Freud, 1933/1965b, p. 73). Detet udgør den del af personligheden, som er amoralsk, urealistisk samt irrationel, og kan sammenlignes med et impulsivt barn, der vil have nydelse med det samme. Hvis detet er over- eller underudviklet, vil det lede til psykopatologi (Ewen, 2012, p. 24).

Jeget er den eneste del af personligheden, der kan interagere med omgivelserne. Det skyldes, at jeget strækker sig over det bevidste, det førbevidste og det ubevidste. Jeget udgør den del af personligheden som er logisk, selvopholdende og problemløsende. Hvor detet er styret af nydelsesprincippet, er jeget styret af *realitetsprincippet*. Jegets mere logiske tilgang til virkeligheden gør, at det kan forsinke eller modstå at handle på detets impulser, hvilket hjælper individet med at

finde bedre alternativer eller hjælper i forhold til selvopholdelse (Freud, 1911/1963). Jo bedre udviklet jeget er, des sundere er personligheden (Ewen, 2012, p. 24).

Overjeget er både bevidst og ubevidst samt inkluderer to komponenter. Den ene komponent er samvittigheden, som sætter standarder for, hvad der er forbudt samt straffer forbudte tanker og handlinger. Den anden komponent er *ego-idealet*, der sætter standarder for, hvad der er acceptabelt samt belønner acceptabel adfærd (Ewen, 2012, p. 23). Når jeget lever op til overjegets standarder, oplever personen en følelse af stolthed og dyd, men når det ikke lever op til disse, oplever personen skyld (Freud, 1933/1965, p. 61). Overjeget kan være for overudviklet eller underudviklet, hvilket leder til psykopatologi (Ewen, 2012, p. 24).

Terapiformens kendetegn

PDT er karakteriseret ved at lægge vægt på bevidstliggørelse af ubevidst materiale og opnåelse af indsigt. Årsagen til psykopatologi, neurosen, forstås som havende oprindelse i barndommen, og der lægges vægt på at opnå indsigt i uforløste konflikter og fikseringer fra barndommen (Ewen, 2012, p. 36). Fokus inden for PDT er ikke symptomreduktion men forandringer i klientens personlighed (Gullestad & Killingmo, 2005, p. 13). Længden af PDT afhænger af om, der er tale om korttidsterapi eller langtidsterapi: Korttidsterapi varer typisk 7-24 sessioner, mens langtidsterapi varer mere end 1 år eller 50 sessioner, og kan vare op til flere år (Leichsenring & Rabung, 2011, p. 16).

Bibring (1954, p. 745f) beskriver nogle fundamentale teknikker, som går igen inden for alle psykoanalytiske terapier, hvilket også omfatter STPP. Disse fundamentale teknikker kan inddeles i fem grupper: 1) *suggestion*, 2) *afreaktion*, 3) *manipulation*, 4) *afklaring* og 5) *fortolkning*. De to sidste; afklaring og fortolkning, beskrives som de teknikker, der er mest karakteristiske for psykoanalytiske tilgange. Disse vil blive uddybet i afsnittet om primære interventioner. Derudover beskriver Jacobsen og Mortensen syv metodiske fællestræk ved alle former for PDT (2013, p. 28f). Disse oplistes i følgende tabel:

Syv metodiske fællestræk ved alle former for PDT

- | | |
|---|---|
| 1) Fokus på affekt og udtryk for følelser | 4) Fokus på den tidlige udvikling, især erfaringer med de tidlige tilknytningsfigurer |
| 2) Udforskning af forsvarsmekanismer [∞] og modstand [∞] | 5) Fokus på interpersonelle relationer |
| 3) Identifikation af tilbagevendende temaer og mønstre i klientens handlinger, tanker, følelser, oplevelser og objektrelationer | 6) Fokus på relationen til terapeuten, overføring ^{∞∞} , modoverføring ^{∞∞∞} og arbejdsalliance |
| | 7) Udforskning af fantasilivet |

∞: Kjølbjerg (1999, p. 169) definerer forsvarsmekanismer som: "(...) psykiske strukturer i jeg'et, der manifesterer sig som følelser, tanker eller adfærd. De aktiveres ubevidst og har til opgave at afværge angst og skyldskabende impulser, følelser, tanker eller adfærd".

∞∞: og Selva forklarer, at modstand blev defineret af Freud som alt, der forhindrer fremskridt i terapien (Freud, 1900, if. Coughlin & Selva, 2001, p. 75).

∞∞∞: Overføring defineres af Sandler (1973, pp. 55-56) som en gentagelsestvang, hvor klienten overfører konflikter fra barndommen på terapeuten.

∞∞∞∞: Heimann (1950, p. 81) definerede modoverføring som dækkende over alle følelser, der udspiller sig terapeut og klient imellem, hvorledes terapeuten eksempelvis kan mærke klientens følelser på egen krop.

Korttidodynamisk psykoterapi

I dette speciale tages der udgangspunkt i korttidsterapi (STPP) frem for langtidsterapi inden for PDT, eftersom det findes meningsfuldt at sammenligne terapien med KAT, der ligeledes er af kortere varighed. Endvidere viste vores litteratursøgning, at der kun fandtes randomiserede kontrollerede studier med korttidsterapi.

Ifølge Driessen et al. (2015, p. 5) kan forskellige modeller inden for STPP placeres på et kontinuum med et yderpunkt bestående af *ekspressive terapier*, og det andet yderpunkt er *støttende terapier*. På trods af dette indeholder modellerne typisk både

støttende og ekspressive elementer, og de er derfor ikke kun en af delene. I forbindelse med ekspressive terapier gennemgår klienten en udvikling via et øget fokus på overføringen i den terapeutiske relation, konflikter, forsvar og drifter. Inden for støttende terapier er der et øget fokus på de interpersonelle aspekter i den terapeutiske relation og de hviler på en stærk, *behandlingsalliance*.

Ifølge Driessen et. al (2005, p. 5) kan STPP ligeledes kategoriseres på baggrund af et spektrum, som har en *emotionsfokuseret* og en *fortolkende yderpol*. Inden for førstnævnte pol lægges der vægt på at mobilisere ubevidste følelser samt at arbejde igennem dem på trods af modstand i form af klientens forsvar. Inden for fortolkende former for STPP lægges der vægt på fortolkning og indsigt med henblik på, at klienten får en forståelse for sin måde at relatere sig til andre på.

Årsag til psykopatologi

I det følgende afsnit vil den psykodynamiske forståelse af psykiske sygdommes oprindelse blive gennemgået. Begrundelsen for denne gennemgang er, at behandlingsmetoder inden for terapiformen ikke kan blive beskrevet i nedenstående, uden en forståelse for psykopatologi etableres.

Konflikt- og mangelpatologi

Inden for PDT anvendes to modeller, der forklarer psykopatologi, som henholdsvis er konflikt- og mangelperspektivet (Jørgensen, Kjølbye & Møhl, 2010, p. 604). Gullestad og Killingmo (2005, p. 58) fremhæver, at nutidens psykologer opfatter psykopatologi som en kombination af de to perspektiver.

Konfliktpatologi opstår grundet en *intrapsykisk konflikt*, som indebærer, at menneskets seksuelle og aggressive impulser, der hører til i detet, kolliderer med krav og moralske standarder i overjeget, således impulserne holdes uden for bevidstheden via forsvarsmekanismen *fortrængning*. Gullestad og Killingmo (2005, p. 57).

Jørgensen et. al (2010, p. 604) hævder, at et menneske overvejende kan placeres inden for konfliktperspektivet, hvis det for det første evner at indgå i stabile relationer, og for det andet skal centrale dele af personligheden være struktureret og

udviklet. Men det samme gør sig ikke gældende inden for **mangelpatologi**, da personlighedsstrukturene inden for denne er mangelfuldt udviklet, hvilket resulterer i, at mennesket har mere dybdegående vanskeligheder som eksempelvis at indgå i stabile og følelsesmæssige relationer. Gullestad og Killingmo (2005, p. 58) definerer mangelpatologi som en mangelfuld udvikling, der kan medføre, at barnets evne til kontakt og selvregulering er skadet, således det oplever kontaktløshed, fragmentering og en tomhedsfølelse.

Eksempler på konflikt og mangelpatologi

Jørgensen et. al (2010, p. 605) eksemplificerer konflikt og mangelpatologi på baggrund af to cases. Eksemplerne på de to patologier er beskrevet i punktform i modellen nedenfor med henblik på at gøre sygdomsforståelserne mere konkrete.

Konfliktpatologi	Mangelpatologi
<ul style="list-style-type: none"> • Eva, 30 år. • Fast job. • Lider af angst og depression. • Får angstdæmpende medicin. • Har tillid til terapeuten i psykoterapeutisk behandling. • Barndom præget af forældres skilsmisse og en streng far. • Indgår i længerevarende relationer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nanna, 29 år. • Har aldrig færdiggjort uddannelse samt har kortvarige ansættelser. • Misbruger af narkotika. • Hun mener, at terapeuten vil kontrollere hende i psykoterapeutisk behandling. • Er som barn blevet misbrugt og anbragt hos plejefamilie. • Har få bekendte og en enkelt veninde, som selv har psykiske udfordringer.

Behandling

Primære interventioner

Som nævnt tidligere, har Bibring (1954, p. 745f) beskrevet fem fundamentale teknikker, som går igen inden for alle psykoanalytiske terapier, der kort vil blive defineret i det følgende.

Suggestion refererer, ifølge Bibring, til måden terapeuten inducerer ideer, følelser eller andre mentale tilstande i klienten, som er i en afhængig position i forhold til terapeuten, der befinder sig i en autoritær position (ibid., p. 747). Suggestion kan foregå direkte eller indirekte. Et eksempel på direkte suggestion kan være, at terapeuten foreslår klienten, at personen nok vil have det bedre efter terapien, eller at personen vil kunne tolerere angst eller depression bedre (Messer & Warren, 1995, p. 81). Indirekte suggestion indebærer eksempelvis terapeutens rolle som healer i samfundet, terapeutens fremtræden og endda møblerne i terapilokalet, som alle kan påvirke klientens tro på terapeutens helbredende evner, samt indstille håb i klienten (ibid.).

Afreaktion indebærer, ifølge Bibring, klientens genoplevelse af undertrykte følelser, hvilket kan overbevise klienten om eksistensen af disse (1954, p. 749f). Afreaktion bruges til at medføre indsigt, samt få klienten til at føle, at hendes følelser er forstået og accepteret af terapeuten. Indsigt, kan dog kun opnås, når oplevelsen af følelserne er forbundet med forøget mental klarhed (ibid.).

Manipulation handler om terapeutens benyttelse af sin viden om klienten til at fremme terapien (Messer & Warren, 1995 p. 81). Bibring (1954, p. 451) kommer med et eksempel på dette: En klient er kommet til terapi, ikke af eget ønske, men for at behage en autoritet, der foreslog terapien. Terapeuten, som er bevidst om situationen, siger til klienten, at han forventer, at klienten tager ansvar for sine egne handlinger. Herefter vil klientens ønske om at behage andre påvirke ham i retning af at påtage ansvar.

Afklaring involverer en gentagelse, refleksion eller reorganisering af klientens udsagn uden at gå meget over det fænomenologiske eller beskrivende niveau (ibid., p. 754). Afklaring hjælper klienten med "at se mere klart" ved, at terapeuten beskriver klientens følelser, tanker, adfærd og reaktionsmønstre etc. i et mere præcist sprog. Det vil sige at terapeuten tager fat i indhold, som er førbevidst eller vagt for klienten, og øger klientens bevidsthed om dette. Bibring nævner et eksempel på dette, hvor terapeuten afklarer for klienten, at klientens følelse af træthed faktisk er et udtryk for depression (ibid., p. 755).

Fortolkning går over det fænomenologiske niveau og refererer til det, som er ubevidst for klienten (ibid., p. 757). Eftersom det berører ubevidst indhold, vil det ifølge Bibring, oftere blive mødt med modstand fra klienten, end afklaringer

vil. Fortolkninger kan blandt andet omhandle ubevidste forsvarsmekanismer eller adfærdsmønstres skjulte mening (ibid.). Når terapeuten fortolker, kan hun adressere, hvad klienten gør, og hvorfor klienten gør det. For eksempel kan klienten gøres bevidst om, at klienten smiler for at vedholde en følelsesmæssig afstand til terapeuten, eller at klienten intellektualiserer som en måde at beskytte sig mod ubærlig sorg på (Messer & Warren, 1995, p. 80f).

Den terapeutiske alliance i PDT

Inden for PDT er der fokus på dannelsen af en terapeutisk alliance. Bordin (1979, p. 253f) forklarer, at den terapeutiske alliance har sin oprindelse i psykoanalysen, men at den er anvendelig i andre former for psykoterapier end PDT. Da den terapeutiske alliance har sin oprindelse i psykoanalysen, og PDT er en paraplyterm for psykoanalytisk inspirerede terapier, kan det argumenteres for, at terapier inden for PDT bygger på en behandlingsalliance. Bordin (1979, p. 252) mener, at styrken af den terapeutiske alliance er hovedårsagen til forandring i psykoterapi, og han definerer den ud fra tre kendetegn, som vil udpensles i følgende:

1. Enighed om mål

Bordin forklarer at psykoanalytiske behandlinger bygger på et fundament, som indebærer enigheden om, at klientens stress, frustration og utilfredshed er et resultat af personens måde at føle, tænke og agere på. Det vil sige, at klienten skal acceptere, at ansvaret for lidelse vedrører personen selv, hvor terapeuten har til opgave at få klienten til at indse dette. Klienten og terapeuten bliver i fællesskab enige om nogle mål for terapien, som klienten også har medansvar for at indfri.

2. Enighed om opgaver

Andet træk inden for den terapeutiske alliance omhandler, ifølge Bordin, at terapeut og klient sammen laver en kontrakt. Han uddyber, at denne kontrakt er en samarbejdsaftale indeholdende konkrete elementer som eksempelvis, at klienten er indforstået med at skulle betale for terapeutens ydelser. Bordin giver et andet eksempel på, hvad kontrakten kan indeholde, som er klientens og terapeutens opgaver i den terapeutiske kontekst: Inden for psykoanalysen er der regler for, at klienten ligger på en divan, hvor terapeuten ikke må indgå i klientens synsfelt. Bordin uddyber, at effektiviteten af opgaverne afhænger af terapeutens evne til at

koble dem sammen med klientens oplevelse af sine vanskeligheder samt ønske om udvikling.

3. Bånd:

Bordin hævder, at tillid indgår i alle former for terapeutiske forhold eller bånd. Han forklarer yderligere, at mål og samarbejde hænger sammen med båndet terapeut og klient imellem. Eksempelvis er det vigtigere for klienten og terapeuten at kunne lide hinanden, når de ved, at de skal samarbejde i en terapeutiske relation over flere år sammenlignet med, hvis behandlingen blot varer tre måneder.

Davanloos model: Intensiv korttidsdynamisk psykoterapi

Vi har valgt Davanloos model, da den er mere manualiseret end andre former for psykodynamisk terapi (langtidsterapi), og derfor er nemmere at sammenligne med KAT.

Intensiv korttidsdynamisk psykoterapi (ISTDP) er en korttidsterapi, der blev udviklet af Davanloo i 1960'erne og 1970'erne. Terapien var, sammen med Malans og Sifneos's korttidsterapier, med til at starte den moderne æra inden for STPP. De første personer, som havde forsøgt at introducere STPP, var Franz Alexander og Thomas Morton French i 1940'erne, men dengang blev det ikke taget godt imod af det psykoanalytiske fællesskab (Messer & Warren, 1998, p. 67f). I relation til de tidligere nævnte spektre inden for STPP, hører ISTDP ifølge Abbass et al. (2014, p. 4), mere til de emotionsfokuserede end de fortolkende terapier. Derudover tolker vi på baggrund af terapiens metoder, at ISTDP hører mere til de ekspressive end de støttende terapier. Coughlin og Selva skriver, at Davanloo mener, at ISTDP sigter efter at opnå de samme resultater som klassisk psykoanalytisk terapi (ibid., p. 97) men på kortere tid: 10-15 sessioner for velfungerende neurotikere, og 25-40 sessioner for karakterforstyrrede (Coughlin & Selva, 2001, p. 248). Det mest kontroversielle ved Davanloos tilgang er, at for at opnå hurtige resultater, indtager terapeuten en aktiv rolle i forhold til at nedbryde klientens forsvar og modstand allerede fra begyndelsen af forløbet (ibid., p. 32). Klientens forsvar svækkes ved, at terapeuten skaber en intrapsykisk krise ved at vække modstridende følelser hos personen: På den ene side er klienten alarmeret over, at terapeuten forsøger at komme tæt på hans indre liv, og på den anden side appellerer terapeuten til den

sunde del af jeget, som ønsker at opnå frihed fra sin lidelse. Davanloo mener, at det er oplevelsen af disse modstridende følelser i den terapeutiske relation, som er nøglen til at låse det ubevidste op og bringe fortrængte følelser op til overfladen, hvilket ophæver neurosen (ibid.).

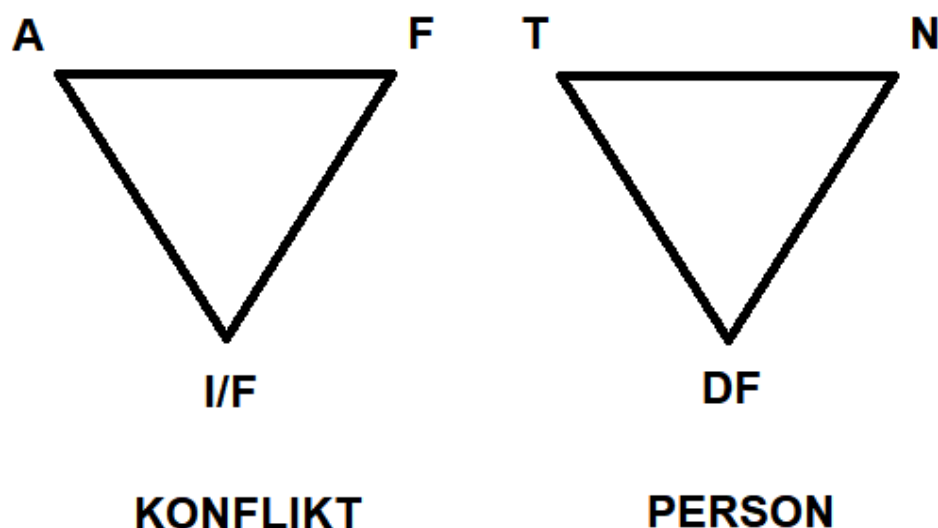
Terapiegnethed

Hvorvidt ISTDP er gavnligt for klienten, vurderes ud fra en prøveterapi, som finder sted i et indledende interview. Dette interview varer to til fire timer (ibid., p. 44). I dette interview forsøger terapeuten at afdække, om klienten lever op til bestemte selektionskriterier, som skal sikre, at klienten vil få gavn af terapien (ibid., 2001, p. 46). Disse kriterier indebærer, at klienten responderer hurtigt på forsøgsinterventionerne i interviewet, har et klart fokus i sin problemstilling og ikke besidder en skrøbelig jeg-struktur. Klienter med et skrøbeligt jeg vurderes som uegnede til ISTDP, da de som regel udviser en nedsat kognitiv funktion, når de er angste og ikke formår at skelne mellem følelser og forsvarerne imod dem, samt forskellige affektive tilstande. Andre indikationer på, at en klient er uegnet til terapien er, hvis personen enten har en psykose, en bipolar lidelse, en alvorlig mangel på impuls kontrol, et aktivt misbrug af rusmidler eller forsøger selvmord. Personer med disse vanskeligheder har et behov for en mere støttende tilgang end ISTDP (Coughlin & Selva, 2001, p. 48; Messer & Warren, 1998, p. 77). Dette er ikke ensbetydende med, at ISTDP ikke anvender støttende elementer, da de er afgørende for at hjælpe klienter igennem den følelsesmæssige intensitet og stress, som terapien udsætter dem for (Messer & Warren, 1998, p. 89). Det er ikke alle modeller inden for STPP, som har specifikke inklusions- og eksklusionskriterier for terapiegnethed, som ISTDP har. For eksempel lægger de relationelle modeller af blandt andet Luborsky og Horowitz ikke vægt på, at klienten skal opfylde specifikke selektionskriterier (ibid., p. 137).

Konflikt- og persontrekanten

To vigtige koncepter inden for ISTDP er *konflikttrekanten* og *persontrekanten*, der både anvendes som et diagnostisk redskab, og som en rettesnor for systematisk intervention. Konflikttrekanten blev fremført af Menninger i 1958 som et forsøg på at gøre idéen om den intrapsykiske konflikt mere håndgribelig (Coughlin & Selva,

2001, p. 22). Konflikttrekanten (se figur 1) forklarer den intrapsyriske konflikt ud fra, at en impuls/følelse (I/F) opleves som uacceptabel, så der aktiveres et forsvar (F), der skal forhindre denne impuls/følelse i at nå frem til bevidstheden. Hvis dette forsvar mislykkes, resulterer det i angst (A) eller andre symptomer (Messer & Warren, 1998, p. 82). I 1979 byggede Malan oven på Menningers arbejde ved at tilføje endnu en trekant; persontrekanten, som repræsenterer de vigtige mennesker i klientens liv. Persontrekanten (se figur 1) understreger den interpersonelle sammenhæng, som den intrapsyriske konflikt opleves i. Persontrekanten indebærer terapeuten/overføring (T), nutidige figurer (N) og figurer i dynamisk fortid (DF), hvor N og DF eksempelvis kan være forældre.



Figur 1

Persontrekanten lægger vægt på, at følelser ikke opstår alene men i relation til andre mennesker. For eksempel vil følelser, som omsorgspersonerne ikke tolererede, være præget af angst, der sætter et forsvar i gang. Det er terapeutens opgave at finde frem til, hvilke følelser, der vækker angst i klienten, som sker ved en grundig undersøgelse af den angst, der opstår i forholdet mellem klienten og terapeuten (Coughlin & Selva, 2001, p. 23).

I det følgende vil det kort blive redegjort for et eksempel på konflikt- og persontrekanten ud fra Malans referat af en fiktiv terapi (1992, pp. 120-123). Malan skriver, at en mand går i terapi, fordi han gentagne gange oplever problemer med at få dybe følelser for en kvinde efter indledningsfasen. Klientens manglende evne til at

føle tolker terapeuten som et forsvar (F), fordi klienten er bange for, der sker noget (A), hvis veninden (N) kommer for tæt på. Terapeuten spørger hvad klienten er bange for, og han svarer ubevidst, at han havde oplevet at være tættere på sin allerførste veninde end de andre nye kvinder, men hun forlod ham, hvor han gennemgik en sorg (I/F) grundet dette. Årsagen til, at klienten er bange for at føle sorg skyldes, at han som sekstenårig oplevede den, da hans mor døde af leukæmi (forbindelsen mellem N og DF). Klienten begynder at intellektualisere (F) frem for at komme i kontakt med sin sorg. Han trækker sig altså væk fra terapeuten, således han udspiller det samme mønster over for terapeuten som over for de kvinder, han trækker sig tilbage fra i nutiden (forbindelsen mellem T og N).

Den centrale dynamiske sekvens:

Udover at anvende konflikt- og persontrekanten som redskaber til at strukturere terapien, udviklede Davanloo *den centrale dynamiske sekvens* i 1988. Denne sekvens blev udviklet til at vurdere, om det ville være hensigtsmæssigt at låse op for det ubevidste, samt til at være en orientering for terapiforløbet. Dette betyder, at metoderne, som anvendes i den dynamiske sekvens, både anvendes i første prøveterapi og igennem hele forløbet (Coughlin & Selva, 2001, p. 33). Sekvensen indebærer følgende fem faser:

1. Udspørgning af klientens vanskeligheder

I begyndelsen spørger terapeuten ind til, hvad klientens problem(er) er. Terapeuten forsøger at danne et overblik over klientens symptom- og karaktermæssige vanskeligheder ved at spørge ind til aktuelle, konkrete eksempler på, hvordan klientens omtalte problemer kommer til udtryk i hans liv. Det er vigtigt, at klienten ikke giver vage svar eller hopper fra det ene emne til det andet, da terapeuten skal afgrænse personens problemstilling. Hvis klientens svar er for vage, kan terapeuten anvende afklaringer. Derudover er det vigtigt i denne fase at sikre sig, at klienten er i terapi af egen fri vilje, før processen kan fortsætte (ibid., pp. 33-35).

2. Analyse og nedbrydning af forsvaret

Efter klientens problemer er identificeret, begynder terapeuten en omhyggelig gennemgang af klientens forsvar. Først skal forsvarerne identificeres og derefter skal klientens jeg vendes mod dets forsvar ved, at jeg'et forstår

forsvarets omkostninger og konsekvenser. Forsvaret identificeres blandt andet ved, at terapeuten spørger klienten om, om han bemærkede, at han undgik øjenkontakt, da de talte om følelser. Jeget vendes mod forsvaret ved at gøre klienten opmærksom på dets negative konsekvenser, som for eksempel, at undgåelse af svære følelser ikke fører til helbredelse.

Efter denne indsigt er opnået kan terapeuten anvende pres og udfordring til at få klienten til at opgive sit forsvar, da indsigt ofte ikke er tilstrækkeligt. Dette kan terapeuten gøre ved at opfordre klienten til at handle anderledes og spørge ham om, hvorfor han vil spille sin tid ved at undgå svære følelser (ibid., pp. 36-38).

Davanloo mener, at når klientens forsvar er bragt i ro, er den terapeutiske alliance stærk, men når klientens modstand er stærk, er alliancen svag (Davanloo, 1986, if. Coughlin & Selva, p. 139).

3. Udvikling og gennembrud af komplekse overføringsfølelser

Klientens indsigt i, at hans forsvar arbejder imod ham, kombineret med terapeutens pres på at lægge det til side, vækker intense modsatrettede følelser over for terapeuten, hvilket skaber en intrapsykisk krise. Terapeuten vedholder presset på forsvaret, indtil klienten via modstand viser tegn på, at følelser og impulser fra det ubevidste er ved at komme op til overfladen. Når disse tegn viser sig, skal terapeuten handle hurtigt ved at skifte fokus fra forsvaret til en direkte oplevelse af følelserne i overføringen. Terapeuten spørger altså ind til, hvilke følelser klienten oplever, og hvilke impulser det vækker i personen. Det handler ikke om, at klienten skal handle på impulsen, men rettere skal vedkommende være helt ærlig over for terapeuten omkring følelser og impulser. For at lade overføringsfølelser og impulser komme fuldt til udtryk, kan terapeuten opfordre klienten til at bruge fantasien og forestille sig impulsen (Coughlin & Selva, 2001, p. 38f) Klienten genoplevelse af ubevidste følelser i denne fase, kan sammenlignes med Bibrings teknik "afreaktion", som beskrevet ovenfor.

4. Ophævelsen af fortrængningen af ubevidst materiale og gennemgang af livshistorien

Når overføringsfølelserne bliver udtrykt frit, åbner det op for det ubevidste, hvilket medfører, at fortrængte minder og associationer nemmere kan komme frem. Mange gange knytter klienter selv spontant forbindelser til

fortiden. Andre gange bliver terapeuten nødt til at sammenfatte, hvad der lige er sket i overføringsforholdet og spørge, hvad dette får klienten til at tænke på. Herefter er det oplagt at undersøge klientens livshistorie ved, at klienten kan huske mere fra dengang, eftersom forsvar og modstand er fjernet (ibid., p. 40f).

5. Fortolkning og konsolidering af indsigter

Først efter målene i de forrige faser er opnået, er det muligt at foretage nogle vigtige fortolkninger, hvilket sker ved at danne sammenkædninger mellem konflikt- og persontrekanterne. For eksempel kunne terapeuten gøre sin klient opmærksom på, at det som udspillede sig i overføringsforholdet (T) er det samme relationelle mønster, som udspillede sig mellem klienten og vedkommendes mor (DF), samt i klientens forhold til andre kvinder (N) (ibid., p. 41f).

Terapeutisk kontrakt

Når de ovenstående faser er veloverstået, kan terapeuten lave en meningsfuld, terapeutisk kontrakt med klienten (ibid., p. 42). Her gør terapeuten det klart for klienten, at dette kun er begyndelsen på forløbet, og at der venter mere hårdt arbejde fremover i terapien. Derudover giver terapeuten et estimat på behandlingens forventede længde og understreger, at dette ikke er en fast tidsgrænse, da det er indfrielsen af de opstillede mål, som er afgørende. Coughlin og Selva beskriver at klienten ofte føler et fornyet håb og lettelse, efter det indledende arbejde er overstået, og dette øger klientens vilje til at samarbejde (ibid.). Den terapeutiske kontrakt er et vigtigt element i skabelsen af en god terapeutisk alliance, hvilket også nævnes i forrige afsnit om behandlingsalliancen af Bordin.

Formålet med terapien

I en sammenfatning af ovenstående vil det kort beskrives, hvad PDT skal føre til. Som skrevet er formålet inden for PDT at bevidstgøre klientens ubevidste materiale i form af følelser og konflikter fra barndommen. Inden for ISTDP anvender terapeuten konflikt- og persontrekanter samt den centrale dynamiske sekvens til at fremme denne proces, som terapeuten trækker på igennem hele terapiforløbet, indtil klienten

har opnået indsigt i sit ubevidste og dermed har opnået varig personlighedsforandring samt et veludviklet jeg.

Kognitiv adfærdsterapi

Definition

Historisk baggrund

KAT blev først kaldt for "kognitiv terapi" og blev udviklet af Beck i begyndelsen af 1960'erne (Beck, 1964). Beck var en psykiater, som til at starte med praktiserede psykoanalytisk terapi. Han havde en naturvidenskabelig grundindstilling, som i 1950'erne og 1960'erne gjorde ham motiveret til at teste psykoanalysens forestilling om, at depression skyldes aggression, som er vendt indad mod selvet (Beck, 2011, p. 24). Beck undersøgte da deprimerede klienters drømme med en forventning om, at de ville udtrykke fjendtligt indhold, sammenlignet med dem i kontrolgruppen. Hans eksperimenter viste dog, at de deprimerede personers drømme indeholdt færre temaer om fjendtlighed og flere om utilstrækkelighed, afsavn og tab. Han indså, at disse temaer afspejlede patienternes tænkning i vågen tilstand (ibid.). På baggrund af sine eksperimenter blev Beck overbevist om, at depression skyldes urealistiske og utilpassede tanker. Når disse tanker blev udpeget for klienten og vurderet for deres sandhedsværdi, skabte det hurtig bedring for klienten (ibid, p. 25). På baggrund af Becks eksperimenter, udviklede han en struktureret, kortvarig, nutidsorienteret psykoterapi mod depression (Beck, 1964). I slutningen af 1970'erne udvidede han sin terapi til også at kunne behandle angstlidelser, da han opdagede, at de havde behov for et andet fokus i terapien end ved depression. Der var det især klientens vurdering af risici ved en situation, vurderingen af klientens indre og ydre ressourcer og at hjælpe klienten med at forstærke disse, som blev understreget (ibid, p. 26). Becks terapi var i starten karakteriseret som en kognitiv terapi men i slutningen af 1980'erne smeltede den sammen med den adfærdsterapeutiske retning, som bygger på behaviorismen, og blev til kognitiv adfærdsterapi (Rosenberg, Mørck & Arendt, 2012, p. 24f).

Der har været tre bølger af empirisk, videnskabelig psykoterapi. **Den første bølge** opstod i 1950'erne, som var behaviorismens guldalder. Den kognitive terapi i

1960'erne var med til at starte **den anden bølge**, der havde mange inspirationskilder som psykoanalysen, adfærdsterapi, kognitionspsykologi og psykiatrisk sygdomslære (ibid.). I **den tredje bølge** i 1990'erne dukkede der nye terapiformer op, der ligesom KAT lægger vægt på at være empirisk funderet. Det er blandt andet mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy og Compassion Focused Therapy, som alle har fokus på nærvær, opmærksomhed og accept af følelsesmæssigt ubehag frem for at ændre på eller adskille personen fra sine følelser (ibid., p. 26). De forskellige bølger skal ikke forstås som skarpt afgrænsede perioder, der slutter, når en ny bølge begynder: For eksempel havde den anden bølge en stor ekspansion i 1980'erne og 1990'erne, som skete imens den tredje bølge kom frem i begyndelsen af 1990'erne.

I dag er den anden bølge og KAT den bedst videnskabeligt understøttede terapiform ifølge Steinert og Leichsenring (2017). De nævner, at dette beror på, at APA's Div 12 Task Force af psykologiske interventioner aktuelt anfører KAT som den eneste behandling med "strong research support" til næsten 80% af alle de mentale lidelser på deres liste. De nævner dog, at ekstra forskningsfund er kommet frem, som sætter spørgsmålstegn ved KAT's prominente status.

KAT påvirkes i dag både af de nye terapiformer samt neuropsykologi, emotionsregulerings- forskning og moderne kognitionspsykologi. KAT har også indflydelse på andre terapiformer som psykodynamisk terapi og mentaliseringsbaseret terapi (Rosenberg, Mørck & Arendt, 2012, p. 26f).

Terapiens kendetegn

KAT er karakteriseret ved, at den lægger vægt på tænkning og adfærds betydning for følelseslivet og udvikling af psykopatologi (ibid., p. 23). Terapien har mindre fokus på klientens fortid og livshistorie og har i stedet et større fokus på problemer i nutiden. Det skyldes, at der er mere fokus på lidelsens vedligeholdende mekanismer end dens ætiologi (ibid., p. 25). De vedligeholdende mekanismer kommer til udtryk i form af negative automatiske tanker (NAT), som opstår i situationer og vedligeholdes af den kognitive diamant, som vil blive uddybet nedenfor. Et forløb i KAT varer typisk 10-15 sessioner og kan betegnes som korttidsterapi (ibid., p. 35). I nogle tilfælde kan terapiforløbet dog vare længere tid, hvis klienten har psykiske

problemer af mere alvorlig karakter (Beck, 2011, p. 30). Terapien benytter typisk strategier som psykoedukation, sokratiske dialog, udvikling af nye handlemønstre og hjemmeopgaver, og formålet med terapien er at gøre klienten symptomfri (Rosenberg, Mørck & Arendt, 2012, p. 35). De omtalte strategier vil blive gennemgået i nedenstående afsnit, som hedder "Behandlingsmetoder".

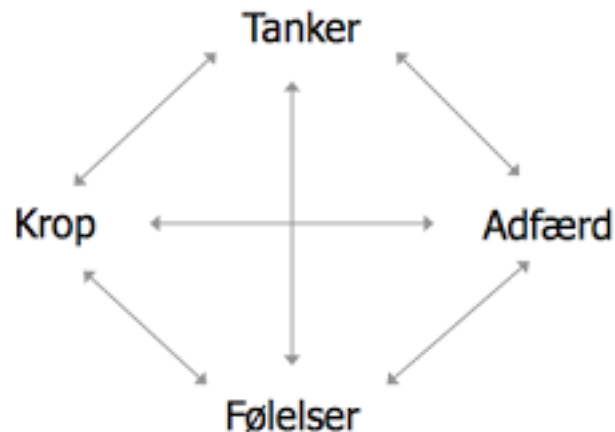
Årsag til psykopatologi

I det følgende afsnit vil forståelsen af psykiske sygdommes oprindelse inden for KAT blive gennemgået. Begrundelsen for denne gennemgang er, at behandlingsmetoder inden for KAT ikke kan blive beskrevet i nedenstående, uden en forståelse for psykopatologi etableres.

Den kognitive diamant

KAT er baseret på *den kognitive diamant*, som bygger på hypotesen, at menneskers perceptioner af hændelser i deres liv har indflydelse på deres følelser, adfærd og fysiologiske reaktioner. Ud fra denne hypotese antages det, at årsagen til alle psykiske lidelser er dysfunktionel tænkning, som påvirker adfærd, følelser og krop (Beck, 2011, p. 51). Forholdet mellem tanker, følelser, adfærd og krop kan illustreres med en kognitiv diamant (se figur 2) der viser faktorerens gensidige påvirkning af hinanden. Den kognitive diamant kan også forstås som en ond cirkel, der vedligeholder psykisk sygdom (Rosenberg, Mørck & Arendt, 2012, p. 32). Et eksempel (Beck, 2011, p. 58) på en situation, der igangsætter dysfunktionel tænkning, som illustreret ved den kognitive diamant, kan være, at en person læser en ny bog og automatisk tænker: "Det er altså for hårdt. Jeg må være dum. Jeg lærer det aldrig" (tanker). Personen responderer på dette, ved at blive frastødt (følelser), føle

sig tung i kroppen (krop) samt ved at undgå at læse bogen og ser TV i stedet



(adfærd).

Figur 2

Dysfunktionel tænkning indebærer NAT, der opstår som reaktion på en situation eller en hændelse, og som har oprindelse i dysfunktionelle skemata eller kerneantagelser (ibid., p. 31). *Skemata* er personens mest grundlæggende tænkning om sig selv, verden, arbejde, familie samt tro, og dannes tidligt i barndommen. Skemata, der vedrører personen selv, betegnes som *kerneantagelser*. Når et skema aktiveres, farver det indholdet af personens tænkning og er styrende for personens udlægning af information (ibid., p. 28). Kerneantagelser er vedvarende på tværs af situationer, mens automatiske tanker er mere overfladiske og situationsspecifikke (Beck, 2011, p. 55). Imellem disse to niveauer findes *basale antagelser*, som består af holdninger og leveregler i forhold til, hvordan personen selv eller andre mennesker bør handle, samt formodninger om resultaterne af bestemte handlinger. Basale antagelser hjælper personen med at interagere med sine omgivelser på en adaptiv måde, så længe de er funktionelle og virkelighedsnære. De udvikles på baggrund af hyppigt anvendte kerneantagelser og erfaringer gennem livet, og de har, ligesom kerneantagelserne, indflydelse på perceptionen af alle situationer, samt tanker, følelser og adfærd (ibid., p. 55f).

Stress-sårbarhed

De faktorer, som indgår i den kognitive diamant kan opfattes som det, der vedligeholder psykopatologi, mens psykopatologiens ætiologi kan forstås ud fra en stress-sårbarhedsmodel (Rosenberg, Arendt & Mørck, 2012, p. 33). Modellen

indebærer, at visse livshistoriske og biologiske forhold kan være til stede i barnets opvækst, som øger dets sårbarhed og risiko for at udvikle dysfunktionelle skemata. Livshistoriske forhold, der øger sårbarheden er blandt andet traumatiske oplevelser, en utryk tilknytning og uhensigtsmæssige mønstre inden for familien, skolen og barnets sociale omgangskreds generelt. Biologiske forhold, som kan øge sårbarheden kan være en let vakt arousal, stammen, en tendens til at hallucinere, et dysfunktionelt amygdala-system eller dysfunktionelle, præfrontale kortikale mekanismer (ibid.). Når den sårbare person udsættes for en stressor, aktiveres personens dysfunktionelle skemata, og personen kan udvikle symptomer som søvnløshed, depression og angst. Disse symptomer vedligeholdes af dynamikken mellem tænkning, følelser, krop og adfærd, som illustreret i den kognitive diamant. Symptomerne, der er opstået, og det vedligeholdende system, som opretholder dem, antages at være adskilt fra deres ætologi og have deres egen, selvstændige dynamik. Ud fra denne antagelse opstår endnu en antagelse; at psykoterapi, som udelukkende retter sig mod livshistoriske forhold, ikke har en effekt på aktuelle problemer, hvilket er årsagen til, at KAT som regel først forholder sig til de aktuelle problemer og sekundært til livshistorien (ibid., p. 33f).

Sygdomsforståelse baseret på ICD og DSM

Arendt et al. (2012, p. 27) fremhæver, at forståelsen for psykopatologi inden for KAT bygger på viden om de enkelte diagnoser, hvortil behandlingsmodeller for hver enkelte psykiatriske diagnose er udviklet. Det betyder, at KAT behandler på baggrund af diagnosekriterier fra DSM og ICD-10.

Behandling

Primære interventioner

Beck kommer ind på nogle grundlæggende interventioner inden for KAT (Beck, 2011, pp. 43-49). Disse er *sokratisk spørgeteknik*, *hjemmeopgaver* og *adfærdsinterventioner*.

1. Sokratiske spørgeteknik: Beck (2011, p. 188f) beskriver sokratiske spørgeteknik som en teknik til at hjælpe klienten med at evaluere sine tanker,

da disse for klienten kan virke sande og påvirke klientens humør og funktionsniveau i en negativ retning. Eksempler på sokratiske spørgsmål kan være, at terapeuten spørger klienten, hvad der tyder på, at vedkommendes forestilling er holdbar eller er det modsatte samt, hvad det værste er, som kan ske.

2. Hjemmeopgaver: Beck (2006, p. 283) forklarer, at klienten får lektier eller opgaver for, som skal laves derhjemme. Hjemmeopgaver er, ifølge Beck, essentielle, da de sikrer, at den terapeutiske proces ikke udelukkende foregår i den ugentlige session men fortsætter hele ugen. Eksempler på hjemmeopgaver er blandt andet, at klienten kan indsamle information om sin lidelse ved at læse om den, kan indsamle data ved at observere sine tanker og adfærd, samt kan forsøge at modificere sin tænkning samt sine adfærdsmønstre.
3. Adfærdsmetoder: Adfærdsmetoder fokuserer på adfærd frem for det kognitive aspekt i KAT. Adfærdsmetoder inden for KAT kan inddeles i *aktiveringsmetoder, eksponering og responshindring* samt *adfærdseksperimenter* (Arendt et. al. 2012, pp. 44-46). Aktiveringsmetoden og adfærdseksperimentet vil blive redegjort for. Dette skyldes, at de to metoder indgår i behandlingsmodellen til depression, som redegøres for i nedenstående teori. Aktiveringsmetoden indbefatter, at terapeut og klient laver aftaler om, hvordan klienten aktiveres frem for, at vedkommende er passiv. Adfærdseksperimentet er designet som et videnskabeligt eksperiment med følgende struktur: 1) Dysfunktionel tænkning identificeres, der resulterer i dysfunktionel tænkning og negative følelser (hypotese) 2) Alternative hypoteser formuleres 3) Et eksperiment udføres, som afkræfter dysfunktionelle teser og bekræfter modhypoteser. Et eksempel kan være en mand, som tror, at han vil blive hånt, hvis de ser, han har svedpletter under armene. Han gør sin skjorte våd under armene og oplever ikke dette i offentligheden (ibid.).

Første session

Strukturen for den første session i KAT følger en kronologisk rækkefølge, som går igen på tværs af de forskellige behandlingsmodeller til specifikke lidelser. Denne struktur er inddelt i følgende ni punkter:

1. *Forberedelse:*

Beck (2006, p. 40f) formulerer, hvordan det er afgørende, at terapeuten laver en grundig diagnostisk vurdering før behandlingens begyndelse, da planen for behandlingen afhænger af forstyrrelsens diagnosekategorier.

2. *Opstilling af dagsorden:*

En dagsorden for sessionen sikrer, at de væsentligste temaer for klienten gennemgås. Terapeutens opstilling af dagsordenen i første session medfører, at den terapeutiske proces bliver lettere forståelig for klienten, hvilket leder mod, at vedkommende fremadrettet i forløbet kan være mere aktivt deltagende i terapien og blive medskaber af dagsordenen (ibid., p. 42f).

3. *Humør-tjek:*

Humør-tjek indebærer for det første, at klienten fortæller om, hvordan hendes humør har været. For det andet udfylder hun spørgeskemaer som eksempelvis *Becks depressions-, angst og/eller håbsløshedsskema*. Skemaerne har til formål, at temaer kan dukke op, som klienten ikke har italesat over for terapeuten som eksempelvis søvnløshed. Fremskridt eller tilbagefald kan tydeliggøres på en kurve, som terapeuten tegner på baggrund af Becks skalaer.

4. *Gennemgang af patientens umiddelbare problem, identificering af problemer og opstilling af mål:*

Terapeuten hjælper klienten til at identificere vedkommendes konkrete problemer med henblik på at forvandle dem til mål samt opstille et samlet mål for hele terapiforløbet. Målene skal formuleres med ord, der beskriver adfærd, således ændringer kan observeres. Klienten aktiveres ved at opfordres til selv at skrive sine problemer ned i noteform i sessionen (ibid., p. 44f). Et eksempel på dette er, at en klient kommer i terapi, hvor hendes problemer ikke er tydelige for hende selv. Da interviewer terapeuten hende og trækker ud af hendes fortælling, at studiet stresser hende, samt at hun føler sig nedtrykt, hvorefter hun bekræfter disse problemer som sande. Terapeuten

spørger dernæst, hvad hun gerne vil opnå med terapien, hvor hun blandt andet siger, hun ønsker at bekymre sig mindre og arbejde mere struktureret på studiet, hvilket kan opfordre hende til at skrive ned på en liste over mål med terapien (ibid., p. 45f).

5. *Forventninger til terapien:*

Grundet klientens typiske uvidenhed om, hvad terapien indebærer, socialiserer terapeuten klienten. Socialiseringen indebærer eksempelvis, at terapeuten informerer om forløbets varighed og forklarer, at KAT er en rationel samt struktureret terapiform, at klienten har medansvar i forløbet samt, at klienten vil få det bedre ved at lære sig selv bedre at kende (ibid., p. 52f).

6. *At lære klienten om hendes forstyrrelse:*

Beck (2006, p. 53) skriver, at de fleste klienter foretrækker at kende deres diagnose, eftersom de føler sig mindre syge, når de endelig ved, hvad de fejler.

7. *Opsummering ved sessionens slutning og sammensætning af hjemmeopgaver:*

Terapeuten opsummerer generelt undervejs i hele sessionen og laver ligeledes en opsummering til slut i sessionen med de væsentligste hovedpunkter i forhold til, hvad de sammen har gennemgået. I takt med, at terapiforløbet skrider frem, vil terapeuten opfordre klienten til selv at lave en afsluttende opsummering på sessionen. Som en del af opsummeringen, får klienten også hjemmeopgaver for (ibid., p. 55f).

8. *Feedback:*

Terapeuten opfordrer klienten til at evaluere på sessionens indhold, så terapeuten kan afklare potentielle misforståelser. Endvidere styrker feedbacken relationen mellem terapeut og klient, idet sidstnævnte føler sig hørt grundet tilladelsen til at evaluere (ibid., p. 57). Hvis klienten er utilfreds med den første session, forklarer Beck (2006, p. 59f), at terapeuten på bedste vis håndterer dette ved at være lydhør, empatisk og tage problemerne op.

Første session sammenholdt med de resterende sessioner

De resterende sessioner forløber nogenlunde på samme vis som den første session. Dog adskiller første session sig fra anden session (og de resterende sessioner) på

følgende måde:

I begyndelsen af anden session beskriver klienten, hvad vedkommende har oplevet i ugens løb siden, de sidst mødtes (ibid., p. 62f). Efter denne beskrivelse taler klient og terapeut om klientens forståelse af forrige session. Husker klienten det ikke, kan vedkommende og terapeuten gå i gang med “identificering af problemer og opstilling af mål” (som er defineret i ovenstående), da dette hjælper klienten med at huske forrige session. Dernæst gennemgås de hjemmeopgaver, som klienten fik for i forrige session, således personen er nødsaget til at lave sine opgaver og dermed har et medansvar for egen udvikling (ibid., p. 65f).

KAT's behandlingsmodel for depression

Arendt et. al (2012, p. 125) forklarer, at depressionens sværhedsgrad afgør antallet af sessioner. Klienter med en depression af let eller moderat grad modtager typisk korttidsterapi bestående af i alt 10 til 12 sessioner, hvor klienter med en kronisk depression og komorbiditet modtager et længerevarende forløb. Terapien er typisk struktureret omkring disse seks trin, der forløber hen over de antal sessioner, som klienten er estimeret til at modtage:

1. Diagnostisk vurdering, psykoedukation, og læren om den kognitive model:
 - På baggrund af de indledende samtaler laver terapeuten en *diagnostisk vurdering* (ibid., pp. 126-127), som er beskrevet i ovenstående under overskriften “Første session”. I forhold til at vurdere depressionens sværhedsgrad kan selvrapporteringsskallen; *Beck Depression Inventory*, benyttes.
 - Klienten modtager også *psykoedukation* er tilpasset den enkelte klient og indebærer personens symptomer, årsager, behandlingsmuligheder og metoder. Psykoedukation gives mundtligt men kan suppleres med skriftligt materiale, som eksempelvis pjecer.
 - *Læren om den kognitive model* (ibid.) er en gentagelse af punkt fem i ovenstående under overskriften “Første session”.
 - Endvidere indebærer starten på behandlingen af depression, at terapeuten sammen med klienten undersøger, hvordan personen

opfatter sin forstyrrelse. Dette kan komme til udtryk ved, at klienten hjælpes til at differentiere imellem, hvornår det, som klienten oplever, er depressive symptomer eller en del af normaltstanden (ibid., p. 126f).

1. Problemliste og caseformulering:

- Udformning af problemliste udarbejdes indledningsvist og foregår på samme måde som i punkt fire i ovenstående generelle behandling med KAT.
- Med henblik på at danne en overordnet forståelse for klientens problemer, udarbejdes en *caseformulering* enten i starten eller senere i det terapeutiske forløb. Caseformuleringen inkluderer klientens aktuelle problemer samt syge- og behandlingshistorie. Et eksempel på, hvad en caseformulering kan indeholde er: Klientens forståelse af forhold, der har medført sygdom, og en forståelse for, hvordan skemata har relevans for de aktuelle problemer.

2. Aktiveringsmetoder:

Som skrevet i ovenstående anvendes aktiveringsmetoder i behandlingen af depression, hvor disse placerer sig under adfærdsmetoder. Aktiveringsmetoder implementeres i terapiforløbet i forskelligt tempo og rækkefølge afhængigt af, hvordan klienten har det. En af aktiveringsmetoderne kan være *aftenterapi*, hvor klienten inden sengetid noterer ned, hvad personen synes har været de bedste aktiviteter eller begivenheder fra dagen. Formålet med teknikken er, at klienten lægger mærke til positivt indhold i tilværelsen (ibid., p. 127f).

3. Kognitiv omstrukturering:

Kognitiv omstrukturering består af en række interventioner, der er rettet mod at ændre på klientens NAT. Ved implementering af interventionerne skal terapeuten være opmærksom på klientens følelsesmæssige tilstand og kognitive kapacitet, men dette bliver ikke uddybet af Arendt et al. Formålet med interventionerne er, at klienten evner at registrere, hvornår de negative tanker dukker op samt at vurdere deres validitet og udfordre dem. I forhold til depression, er interventionen *kolonneteknik* rettet mod at ændre klientens tanker og forestillinger forbundet med tristhed og modløshed. Klienten instrueres i både at graduere sine følelser og samtidigt graduere sin overbevisning om sine negative automatiske tanker. Der vil typisk være negative automatiske tanker, som er mere ubehagelige end andre,

hvorledes klienten bedes udvælge den tanke, der gav klienten størst følelsesmæssigt ubehag i den specifikke situation. Denne tanke udforskes via sokratiske dialog med henblik på, at klienten lærer at stille spørgsmål til negativ tænkning (ibid., p. 129f).

4. Modifikation af dysfunktionelle skemata:

Når klienten har udviklet mere hensigtsmæssige adfærdsstrategier og har lært at identificere samt udforske sine negative tanker, arbejder klienten og terapeuten sammen om at modificere klientens antagelser og skemata. Det gør de i praksis ved, at terapeuten anvender sokratiske dialog samt trækker på gentagne temaer i klientens udsagn, problemlisten, caseformuleringen og klientens erfaringer, som har bidraget til antagelserne. Formålet er at få kreeret mere hensigtsmæssige antagelser, som kan testes via adfærdseksperimenter, der er beskrevet ovenfor under adfærdsmetoder.

5. Afslutning og tilbagefaldsforebyggelse:

Til sidst i forløbet gennemgår klienten og terapeuten de strategier, som klienten har lært. På baggrund af, at de to parter har fået et overblik over klientens sårbarhed, udvikler de en handleplan for, hvordan klienten griber tilbagefald an. Planen indebærer, hvad personen har haft succes med som eksempelvis testning af negativt tankeindhold (ibid., p. 131f).

Formålet med terapien:

I en sammenfatning af ovenstående vil det kort beskrives, hvad KAT skal føre til. Nøglen til bedring er, at klienten lærer at vurdere sine tanker mere realistisk og tilpasningsorienteret, hvilket medfører en forbedring af personens følelsesmæssige- og adfærdsmæssige tilstand (Beck, 2011, p. 23). Inden for KAT's behandling af depression anvender terapeuten blandt andet psykoedukation, adfærdsmetoder, kolonneteknik og modifikation af dysfunktionelle skemata, indtil klienten har lært disse metoder og er blevet sin egen kognitive adfærdsterapeut.

Analyse

Analysen er opdelt i to dele, hvor den første del besvarer, hvad evidensen er for, at PDT og KAT er effektive til at behandle depression. Den anden del af analysen forsøger at besvare, hvorfor de to terapiformer virker.

Terapiernes evidens

I forbindelse med at besvare problemstillingen om, hvad evidensen for KAT og PDT er, vil de tre udvalgte studiers resultater blive gennemgået, hvorefter vi, på baggrund af disse, vil estimere terapiformernes effektivitet. Studiernes forskningsdesign kan ses i bilag hvor tabel 1 nedenfor er en komprimeret udgave af bilaget for at skabe overblik.

Forskelle i studierne forskningsdesigns

I tabel 1. er der mange ligheder studierne imellem, men der er også nogle betydelige forskelle, som findes vigtige at nævne, da de kan have betydning for sammenligneligheden af studierne resultater. Forskelle, som vil blive berørt i diskussionen, oplystes i det følgende:

- Nationalitet/kultur: Japan, Canada og Holland.
- Antal deltagere: Studiet af Driessen har omkring fire til fem gange så mange deltagere som i studierne af Nakagawa og Town.
- Spørgeskemaer: De har anvendt forskellige spørgeskemaer til deltagerne subjektive vurdering af deres depressive symptomer (BDI-II, QIDS-SR, PHQ-9 og IDS-SR).
- Indtag af antidepressiv medicin: Studiet af Driessen undersøgte ikke TRD, så det var kun de mest deprimerede deltagere, som modtog antidepressiv medicin for at undgå frafald, mens alle deltagerne i studierne af Nakagawa og Town fik antidepressiv medicin.
- TAU-forhold: Mange af deltagerne i TAU-gruppen i studiet af Town fik psykoterapi, som blandt andet indebar KAT og rådgivning, mens TAU-gruppen i studiet af Nakagawa kun fik antidepressiv medicinsk behandling.

- Sammenligningsgrupper: Studiet af Driessen havde ingen kontrolgruppe men sammenlignede to forskellige psykoterapier i stedet.

Tabel 1.

	Nakagawa 2017 (KAT)	Town 2017 (ISTDP)	Driessen 2013 (PDT/KAT)
Metode	RCT, parallel gruppe	RCT, parallel gruppe	RCT, parallel gruppe
Deltagere	80 deltagere Sted: Tokyo, Japan Alder: 20-65 år Kriterier for depression: DMS-IV (MDD) og HAMD score \geq 16	60 deltagere Sted: Halifax, Canada Alder: 18-65 år Kriterier for depression: DMS-IV (MDD) og HAMD score \geq 16	341 deltagere Sted: Amsterdam, Holland Alder: 18-65 år Kriterier for depression: DMS-IV (MDD) og HAMD score \geq 14
Interventioner	<u>Gruppe I (n = 40):</u> KAT baseret på Becks originale manual, med tilpasninger til japanere kombineret med TAU-behandling. Mellem 16 og 20 sessioner i alt.	<u>Gruppe I (n = 30):</u> ISDTP baseret på en manual af Davanloo kombineret med TAU-behandling. Op til 20 sessioner i alt.	<u>Gruppe I (n = 164):</u> KAT baseret på Becks principper. Op til 16 sessioner i alt.
	<u>Gruppe II (n = 40):</u> TAU bestod af medicinsk behandling med medicinerings-besøg hos en psykiater ca. hver anden uge.	<u>Gruppe II (n = 30):</u> TAU bestod af medicinsk behandling, støttende eller strukturerede aktiviteter og i nogle tilfælde individuel eller gruppepsykoterapi (bortset fra ingen ISTDP).	<u>Gruppe II (n = 177):</u> En støttende form for PDT. Op til 16 sessioner i alt.
Anti-depressiv	Begge grupper fortsatte antidepressiv medicin som	Begge grupper fortsatte antidepressiv medicin	Klienter med alvorlig depression ved baseline

medicin	del af sædvanlig behandling.	som del af sædvanlig behandling.	(HAMD score >24; n = 129) og dem som udviklede alvorlige depressive symptomer under terapien (n = 21) blev tilbudt anti-depressiv medicin.
Outcomes	<u>Primært outcome:</u> Forandring i observatørbedømt GRID-HAMD score efter 16 uger (postbehandling). <u>Sekundære outcomes:</u> Forandring i deltagerbedømt BDI-II/QIDS-SR score. GRID-HAMD Respons-/remissionsrate Frafald	<u>Primært outcome:</u> Forandring i observatørbedømt HAM-D score efter 6 måneder (postbehandling). <u>Sekundære outcomes:</u> Forandring i deltagerbedømt PHQ-9 score. Frafald	<u>Primært outcome:</u> HAM-D remissionsrate efter 22 uger (postbehandling). <u>Sekundære outcomes:</u> Forandring i observatørbedømt HAM-D score. Forandring i deltagerbedømt IDS-SR depressionsscore. Frafald
Målepunkter	0, 8, 16 uger 3, 6 og 12 mds. opfølgning	0, 3 og 6 md. (ingen opfølgning)	0, 5, 10, 22 og 52 uger (Opfølgning ved 52. uge)

Studiernes resultater

Der tages udgangspunkt i studienes resultater i forhold til måling af ændringer i observatørbedømte depressive symptomer, rater for respons og remission, samt måling af frafald. Disse outcomes er vurderet til at være mest relevante og sammenlignelige inden for studierne, eftersom depressive symptomer, respons og remission måles ud fra næsten ens måleværktøjer (HAM-D/GRID-HAMD). Vi valgte yderligere at inkludere studienes resultater af deltagerbedømte depressive symptomer på trods af, at alle studierne anvendte forskellige måleværktøjer (BDI-II/QIDS-SR/PHQ-9/IDS-SR). Disse resultater blev medtaget i vores analyse for at sammenligne resultaterne fra studierne primære og sekundære outcomes, og se om

der er overensstemmelser mellem disse. Frafald er også medtaget, da det er relevant i forhold til at diskutere studierne validitet, som vil blive gennemgået senere i diskussionen.

Nakagawa et al.

Observatørbedømte depressive symptomer (GRID-HAMD): Der var gennemsnitligt et større fald i depressive symptomer hos KAT-gruppen end TAU-kontrolgruppen efter 16 uger (-12,7 vs. -7,4; forskel = -5,4; 95% CI -8,1 til -2,6; $P < .001$) (Nakagawa et al., 2017, p. 1130).

Deltagerbedømte depressive symptomer (BDI-II/QIDS-SR): Selvom deltagerne i KAT-gruppen havde mildere depressive symptomer, som målt ud fra deltagerne selvvurderinger, end TAU-gruppen igennem interventionsperioden, så var forskellene ikke statistisk signifikante efter 16 uger (BDI: 15,0 vs. 17,9; forskel = -2,85; 95% CI -7,66 til 1,97; $P < .24$; QIDS-SR: 8,1 vs. 8,7; forskel = -0,36; 95% CI -2,83 til 2,11; $P < .77$) (ibid., p. 1132).

Respons (GRID-HAMD): En større procentdel af deltagerne i KAT-gruppen responderede på behandling efter 16 uger end TAU-kontrolgruppen (KAT 77,5% vs. TAU 32,5%) (ibid., p. 1132).

Remission (GRID-HAMD): En større procentdel af deltagerne i KAT-gruppen opnåede fuld remission efter 16 uger end TAU-kontrolgruppen (KAT 42,5% vs. TAU 20,0%) (ibid.).

Frafald: 97,5% af deltagerne gennemførte KAT-behandlingen (ibid., p. 1133). To personer faldt fra under interventionsperioden på grund af fysiske helbredsproblemer (en pers. pr. gruppe). Fem personer faldt fra i opfølgingsperioden (KAT = 2; TAU = 3), hvor fire af dem ikke kunne kontaktes, og en person døde af selvmord (ibid., p. 1129).

Town et al.

Observatørbedømte depressive symptomer (HAMD): Der var et fald i depressive symptomer hos begge grupper efter 6 måneder, men faldet i depressive symptomer var cirka dobbelt så stort hos ISTDP-gruppen sammenlignet med TAU-kontrolgruppen (-10,626 vs. -5,218) (vores egen udregning) (Town et al., 2017, p. 22).

Deltagerbedømte depressive symptomer (PHQ-9): Der var et fald i depressive symptomer hos begge grupper efter 6 måneder, men faldet i depressive symptomer, målt ud fra deltagerne selvvurderinger, var over dobbelt så stort hos ISTDP-gruppen

sammenlignet med TAU-kontrolgruppen (-9,319 vs. -3,972) (vores egen udregning) (ibid.).

Respons (HAMD): En større procentdel af deltagerne i ISTDP-gruppen responderede på behandling efter 6 måneder sammenlignet med TAU-kontrolgruppen (ISTDP 48,0% vs. TAU 18,5%) (ibid., p. 20).

Remission (HAMD): En større procentdel af deltagerne i ISTDP-gruppen opnåede fuld remission efter 6 måneder sammenlignet med TAU-kontrolgruppen (ISTDP 36,0% vs. TAU 3,7%) (ibid.).

Frafald: 72% af deltagerne i ISTDP-gruppen (n = 24) gennemførte mindst 15 sessioner med ISTDP (ibid., p. 19). 16,7% af deltagerne (n = 10/60) faldt fra efter 6 måneder (ISTDP = 7; TAU = 3). Blandt dem som modtog ISTDP var der fire personer, som droppede ud på grund af arbejdsforpligtelser, og en person, der droppede ud på grund af remission efter fem sessioner (ibid., p. 17).

Driessen et al.

Observatørbedømte depressive symptomer (HAMD): Depressive symptomer faldt over tid i begge grupper. Efter 22 uger var forskellen i HAMD-scorer mellem grupperne 0,24 point (SE = 0,90), som svarer til en effektstørrelse på 0,02 (Cohen's d; 95% CI = 20,24 til 0,27), hvilket indikerer at forskellen på terapierne var insignifikante (Driessen et al., 2013, p. 1043).

Deltagerbedømte depressive symptomer (IDS-SR): Efter 22 uger var forskellen i faldet af depressive symptomer, målt ud fra deltagernes selvvurderinger, 1,94 point (SE = 1,94), som svarer til en effektstørrelse på 20,08 (Cohen's d; 95% CI = 20,38 til 0,22), hvilket indikerede at forskellen mellem grupperne var insignifikant (ibid., p. 1045).

Respons (HAMD): Efter 22 uger var der 38,7% (n = 43/111) i KAT-gruppen og 36,9% (n = 45/122) i PDT-gruppen som responderede på behandling.

Remission (HAMD): Efter 22 uger var der 24,3% (n = 27/111) i KAT-gruppen og 21,3% (n = 26/122) i PDT-gruppen som opfyldte kriterierne for remission. Den estimerede odds ratio for remission efter 22 uger var 0,85 (95% CI = 0,45-1,50), hvilket indikerer, at der ikke var en signifikant forskel på remissionsraterne i grupperne (ibid.).

Frafald: 72,4% af deltagerne i KAT-gruppen og 78,9% af deltagerne i PDT-gruppen gennemførte mere end otte sessioners terapi (ibid., p. 1046). Der var i alt 28,5 % (n = 97/340) af deltagerne, som faldt fra under interventionsperioden (KAT = 51; PDT =

46) (ibid.). Årsagen til det store frafald blev ikke specificeret, men det blev nævnt, at næsten halvdelen af deltagerne havde en relativt lavere socioøkonomisk baggrund (42,8%), samt en ikke-nordvest-europæisk (immigrant) kulturel baggrund (44,9%) (ibid. p. 1044), hvilket vi tænker måske kunne have haft en indflydelse. Dette vil blive uddybet senere i diskussionen.

Opsummering af resultaterne

I forhold til KAT/PDT sammenlignet med standardbehandling (TAU), viste Nakagawa et al. og Town et al., at både KAT og PDT er mere effektive til at behandle depression end standardbehandling (TAU) alene ud fra observatørbedømte målinger af depressive symptomer. Town et al. indikerede ligeledes, at PDT var mere effektiv end standardbehandling alene ud fra deltagerbedømte målinger af depressive symptomer. Nakagawa et al. fandt dog ikke en forskel mellem KAT og standardbehandling ud fra deltagerbedømte målinger, hvorimod de fandt en forskel i forhold til de observatørbedømte målinger.

Hvis PDT's og KAT's effekt sættes overfor hinanden, fandt Driessen et al., at der ingen signifikant forskel var mellem KAT og PDT's effektivitet, hvilket både gjaldt for observatør- og deltagerbedømte målinger af depressive symptomer.

Overordnet viste studierne en lille til stor forskel på KAT's og PDT's effektivitet til at behandle depression. Denne variation i resultaterne gør det svært at udlede, hvor stor en forskel der er på terapiformernes effektivitet. Dog viste to ud af de tre studier (Town et al. og Driessen et al.), at KAT og PDT havde en lignende effektivitet. Dette kommer til udtryk i KAT's og PDT's respons- og remissionsrater i de to studier, som kan ses i nedenstående tabel. På baggrund af disse to studier konkluderer vi at PDT og KAT er lige effektive, hvilket er i overensstemmelse med metaanalysen af Steinert et al. (2017). Derudover viste studierne nogenlunde ensformige rater for frafald både inden for PDT og KAT, med et frafald på 23,3-31,1 procent.

Undtagelsesvist viste Nakagawa et al. en meget lav frafaldsprocent i deres KAT-gruppe på kun 2,5 procent. I det nedenstående tabel vil raterne for respons, remission og frafald (postbehandling) blive opsummeret for at skabe overblik:

	Driessen et al.	Town et al.	Nakagawa et al.
Respons	KAT: 38,7 % PDT: 36,9 %	PDT: 48,0 % TAU: 18,5 %	KAT: 77,5 % TAU: 32,5 %
Remission	KAT: 24,3 % PDT: 21,3 %	PDT: 36,0 % TAU: 3,7 %	KAT: 42,5 % TAU: 20,0 %
Frafald	KAT: 31,1 % [*] PDT: 26,0 % [*] Samlet frafald: 28,5 %	PDT: 23,3 % [*] TAU: 10,0 % [*] Samlet frafald: 16,7 %	KAT: 2,5 % [*] TAU: 2,5 % [*] Samlet frafald: 2,5 % [*]

^{*}Vores egen udregning

Terapiernes virkningsmekanismer

I nedennævnte vil vi belyse virkningsmekanismer, der kan stå bag PDT's og KAT's effektivitet. I den forbindelse vil vi først belyse andre teoretikers perspektiver på virkningsmekanismer, hvorefter vi vil komme ind på vores egne perspektiver for til sidst at sammenligne dem. Først vil Messer og Warrens (1995) perspektiver på hvorfor PDT virker blive gennemgået, og derefter vil Hougaards (2004) perspektiver på, hvorfor KAT virker, blive gennemgået.

Virkningsmekanismer inden for PDT

Indsigt:

Messer og Warren (1995, p. 93) skriver, at det simpleste og mest hyppige svar på, hvad der frembringer positiv forandring hos klienten, er opnåelsen af indsigt. Klientens indsigt hjælpes på vej ved, at terapeuten kommer med afklaringer og fortolkninger, som er teknikker, der er redegjort for tidligere i teoriafsnittet "Primære interventioner". Når terapeuten anvender afklaringer og fortolkninger drager han forbindelser mellem hjørnerne i konflikt- og persontrekanterne, som er redegjort for tidligere. Davanloo, Malan og Sifneos mener, at skabelsen af indsigt ved hjælp af de to trekanter er relateret til et positivt udfald inden for STPP (ibid., p. 94). Som tidligere nævnt i Freuds personlighedsteori er et veludviklet jeg forbundet med en sund personlighed, mens et over- eller underudviklet det og overjag fører til psykopatologi. I forhold til udvikling af jeget, nævner Messer og Warren, at jeget

kan udvikle sig igen og modnes, når klienten bryder ud af sin neurotiske tilstand og løser sine konflikter. Det sker i forbindelse med, at klientens selvforståelse og bevidsthed udvides (ibid., p. 93). Klientens neurotiske konflikter løses ved at genforene det bevidste jeg med de portioner af detet, overjeget og det ubevidste jeg, som har været holdt ude fra modningsprocesserne i den sunde del af personligheden. Dette afspejler de psykoanalytiske mål at gøre det ubevidste bevidst, og putte jeget i detets plads (ibid.).

Klientens bevidsthed om sit forsvar, ønsker, behov, modstand, karaktertræk og konflikter gør personen i stand til at udøve kontrol over dem. Så længe det førnævnte forbliver ubevidst, bliver det ved med at udøve en negativ indflydelse, der befinder sig uden for klientens viden eller kontrol. Denne negative indflydelse kan komme til udtryk ved, at klienten føler sig nervøs, hæmmet, uproduktiv eller deprimeret. Vejen til at overkomme sådan nogle dysfunktionelle tilstande er, ifølge psykoanalytisk teori, at få mere indsigt i de konflikter, som ligger bag symptomerne, hvilket terapeutens fortolkninger og afklaringer hjælper med (ibid.).

Følelsesmæssig involvering:

Messer og Warren påpeger, at det er vigtigt, at opnåelsen af indsigt ikke bliver en kedelig og intellektuel proces. De undertrykker, at det er meningen, at den skal engagere følelserne. Hvad enten det er følelser fra her og nu i overføringen eller en genoplevelse af infantile konflikter, er det vigtigt, at den kognitive læring, som finder sted, er ledsaget af en følelsesmæssig involvering (ibid., p. 94). I forbindelse med dette, refererer de til Appelbaum, som mener, at den største fjende mod indsigt som forandringsagent er intellektualisering og blot at behandle indsigt som information. Indsigt skal udvikles i takt med, at klienten bliver klar til at acceptere den på en meningsfuld, interesseret og taknemmelig måde; det vil sige, når forsvaret er ordentligt nedbrudt, så det ikke står i vejen for accepten og brugen af den (Appelbaum, 1988, if. Messer & Warren, 1995, p. 94). Som beskrevet tidligere under afsnittet om Davanloos model, nedbrydes forsvaret ved, at terapeuten skaber en intrapsykisk konflikt hos klienten, som opstår idet, klienten føler modstridende følelser i forhold til terapeutens intention om at hjælpe og konfrontation med klientens forsvar. Ydermere skriver Davanloo, at skjulte følelser bliver sluppet fri ved aktivt at arbejde med og fortolke modstand eller forsvar, holde skarpt øje med overføringsforholdet, trække forbindelser mellem overføringen og vigtige personer i klientens nuværende liv og i fortiden (ibid.). Dette er dækkende for Bibrings

teknikker som fortolkning, afklaring og afreaktion, der er beskrevet i ovenstående. Ifølge Messer og Warren kan det at give udtryk for sine følelser være helende i sig selv (ibid.), hvilket understøtter, hvorfor de mener, at klientens følelsesmæssige involvering i terapien, kan skabe positiv forandring.

Terapeut-klient-forholdet:

Indsigt, med eller uden følelser, er ikke nok til, at en forandring kan finde sted. Messer og Warren understreger vigtigheden i at skabe et bånd med klienten, og at kvaliteten af forholdet mellem klient og terapeut muligvis er en uomgængelig nødvendighed for, at forandring kan finde sted (ibid., p. 95). Dette beskriver de metaforisk som, at det gode forhold er jorden, hvor indsigt kan blomstre, så længe at klienten føler, at han er i nærvær af et troværdigt, omsorgsfuldt individ i relation til hvem, han er villig til at gå igennem smerten og kampen, som psykodynamisk terapi medfører.

Messer og Warren referer til Greensons tredeling af terapeut-klient-forholdet, som består af det ægte forhold, arbejdsalliancen og overføringsforholdet (ibid.). *Det ægte forhold* er det oprigtige person-til-person forhold mellem klienten og terapeuten, der kan karakteriseres som passende, realistisk, objektivt og autentisk. For eksempel kan terapeuten udtrykke medfølelse for et tab, som klienten har lidt under i terapiforløbet. *Arbejdsalliancen* konstituerer den samarbejdende attitude, som klienten har over for terapeuten i forhold til at arbejde med at overkomme neurotiske problemer og opnå indsigterne, som PDT kan tilbyde dem. Selv når klienter føler forstyrrende, seksuelle og aggressive følelser eller tanker rettet mod terapeuten, gør arbejdsalliancen dem i stand til at fortsætte med at arbejde med terapeuten i forhold til at opnå terapiens mål. *Overføringsforholdet* er den upassende og irrationelle måde, som klienten opfatter terapeuten på. Det er baseret på klientens oplevelser af tidligere objektrelationer, som får klienten til at overføre følelser, attituder og impulser fra fortiden til terapeuten (ibid.). Messer og Warren forklarer at, når klienter ikke er i stand til at skelne mellem overføringsforholdet og det ægte forhold, gør det dem ude af stand til at forme en sikker arbejdsalliance, og derfor uegnede til ISTDP (ibid.). Dermed kan det udledes, at vigtige elementer, der skal være tilstede, før forandring kan skabes er 1) en tryk relation mellem klient og terapeut, 2) en god arbejdsalliance og 3) klientens evne til at skelne mellem overføringsforholdet og det ægte forhold.

Den korrektive emotionelle oplevelse:

Endnu en faktor, som kan skabe forandring ifølge Messer og Warren, er *den korrektive emotionelle oplevelse*, der er et fænomen, som Davanloo, Malan og Sifneos omtaler (ibid., p. 96). Når klienten siger og gør det, som hun tidligere i sit liv var bange for uden at blive straffet eller kritiseret af terapeuten eller andre, lærer hun at kunne tænke, tale og handle anderledes, end hun er vant til. Klientens jeg-funktioner styrkes ikke kun af bevidstgørelse af impulser og nye indsigter men også af den rolige, accepterende fremtoning, som terapeuten viser i mødet med det, som klienten opfatter som "skamfulde" hemmeligheder (ibid.). Som nævnt tidligere, er et veludviklet jeg forbundet med en sund personlighed. Dette bidrager den korrektive emotionelle oplevelse til, når jeget bliver mere bevidst om og får mere kontrol over fortrængt materiale, som, grundet et trygt miljø, ikke automatisk fortrænges til det ubevidste.

Virkningsmekanismer inden for KAT

Hougaard (2004, p. 350f) skriver, at der ikke findes entydige svar på, hvad virkningsmekanismerne er inden for KAT. På trods af dette gennemgår han potentielle årsager til terapiens effekt ud fra andre forskeres perspektiver, som kan inddeles i henholdsvis 1) Kognitive ændringer og klientens ansvar 2) Nonspecifikke faktorer. Disse to forklaringer vil nu blive gennemgået:

1. Kognitive ændringer og klientens ansvar:

Oie et al. mener, at evidens peger på, at kognitive ændringer (det vil sige ændringer i klientens NAT og kerneantagelser) medfører en reduktion i depressive symptomer (Oie et al. 1999, if. Hougaard, p. 350). Kognitive ændringer som virkningsmekanisme i KAT konkluderer Tang & DeRubeis ligeledes, da de analyserede datamateriale fra to store undersøgelser. Disse afslørede, at 50 % af klienterne oplevede symptomreduktion samt havde markant flere kognitive ændringer sammenlignet med kontrolgruppen (1999, if. Hougaard, p. 350).

Kognitionsændring som virkningsmekanisme inden for KAT kan dog diskuteres, idet Hougaard forklarer, at der eksempelvis er mangelfuld evidens til at understøtte, at kognitive ændringer gør sig gældende udelukkende inden for KAT. Det vil sige, at disse ændringer også opstår i andre psykoterapier (Hougaard, 2004, p. 351). Teorien

om kognitionsændring er desuden til diskussion, da Hougaard forklarer, at Jacobsen har lavet en undersøgelse, hvor virkningen af KAT's forskellige bestanddele blev undersøgt. Da modtog forsøgsparticipanterne enten 1) kun adfærdsaktivering, 2) adfærdsaktivering samt kognitiv omstrukturering eller 3) Alle interventioner fra Becks fulde behandlingsmodel. Undersøgelsen resulterede i, at der ingen forskelle var mellem de tre behandlingsgrupper (Jacobsen, 1969, if. Hougaard, p. 351).

Hougaard fremhæver yderligere, at Elliott giver et bud på en årsag til virkningen, som er, at der inden for KAT lægges vægt på klientens bestræbelser på at mestre og tage ansvar, hvilket resulterer i forøget selvtillid eller selvfølelse (Elliot, 1984, if. Hougaard, p. 351). Nedsat selvfølelse er blandt symptomer på depression, jævnfør ICD-10, hvor et tilsvarende symptom inden for depression i DSM-IV, er følelsen af værdiløshed.

2. Nonspecifikke faktorer:

Hougaard skriver, at årsagen til KAT's virkning kan skyldes nonspecifikke faktorer som klientens forventning til behandlingen og den terapeutiske alliance. Illardi og Craig argumenterer for dette, da de på baggrund af en undersøgelse af syv studier udledte, at en nedgang i depressive symptomer blandt forsøgsparticipanterne (63,4 %) indtraf de første fire uger, hvor der ikke anvendes lige så mange kognitive ændringer som senere i terapien (Illardi og Craig, 1999, if. Hougaard, p. 352). Disse syv studier kan således indikere, at nonspecifikke faktorer og ikke kognitionsændringer udvikler klienten. Hougaard forklarer også, hvordan Teasdale mener, at en virkningsmekanisme i kognitiv terapi kan være, at en klient med depression, som er negativ eller opgivende over sin lidelse, bliver mødt af noget positivt i form af en struktureret KAT-behandling i et varmt og støttende miljø (Teasdale, 1985, if. Hougaard, p. 352). Denne nonspecifikke faktor kan tolkes som værende udtryk for behandlingsalliancen.

I en opsummering af ovenstående mener Messer og Warren, at følgende er virkningsmekanismer inden for PDT: Indsigt, følelsesmæssig involvering, terapeut-klient-forholdet og den korrektive emotionelle oplevelse. Endvidere bruger Hougaard andres perspektiver til at fremhæve følgende virkningsmekanismer inden for KAT: Kognitive ændringer, klientens ansvar, den terapeutiske alliance samt

klientens forventninger. Det fremgår af ovenstående, at Messer og Warren er enige med Hougaard i, at en virkningsmekanisme er den terapeutiske alliance. Ligeledes kan virkningsmekanismerne “indsigt” og “kognitive ændringer” argumenteres for at lede mod det samme resultat for klienten: Et nyt perspektiv på sin tilværelse og en større selvbevidsthed. At der findes nogle ligheder mellem KAT og PDT i forklaringerne på deres virkning, kan skyldes, at Beck startede ud som psykoanalytiker og kan have medtaget elementer fra psykoanalysen, da han udviklede sin kognitive terapi tilbage i 1960’erne, som startede den anden bølge.

Nonspecifikke faktorer som virkningsmekanismer

Ifølge Lamberts og Barleys lagkagediagram, som vil blive uddybet i diskussionen under overskriften “Lambert og Barleys lagkagediagram”, kan 45 % af psykoterapiers virkning forklares ud fra nonspecifikke faktorer. Disse defineres af Hougaard (2004, pp. 210-213) som virksomme faktorer, der er fælles for de fleste eller mange psykoterapier.

Ud fra ideen om, at det er faktorerne, som går på tværs af de fleste psykoterapier, der virker, vil vi ligeledes, i det følgende, forsøge at identificere nonspecifikke faktorer, som går på tværs af KAT og PDT.

Den terapeutiske alliance i KAT og PDT

I nedenstående vil det argumenteres for, at der eksisterer en terapeutisk alliance i både KAT og PDT, hvilket kan være en virkningsmekanisme på tværs af de to psykoterapier. Dette vil gøres i en undersøgelse af, om Bordins tre kendetegn inden for behandlingsalliancen gør sig gældende for de to behandlingsformer. Da det, jævnfør teoriafsnittet om den terapeutiske alliance, er blevet beskrevet, at behandlingsalliancen findes i PDT, vil det i det følgende vises, hvordan denne alliance ligeledes gælder for ISTDP.

I forhold til Bordins første kendetegn “enighed om mål”, kommer dette kendetegn til udtryk inden for KAT ved, at terapeut og klient sammen bliver enige om mål med terapien. Dette kan, jævnfør ovenstående teori, ses i punktet “opstilling af mål”, der går igen i behandlingen i KAT generelt og i den specifikke behandlingsmodel inden for KAT.

I behandlingen inden for ISTDP bliver terapeut og klient enige om målene i form af

den terapeutiske kontrakt, som indgås efter den centrale dynamiske sekvens er gennemgået. Denne kontrakt indbefatter, jævnfør teorien, en forventningsafstemning og en opstilling af målene inden for terapien.

I forhold til Bordins punkt "opgaver" findes dette ligeledes inden for både ISTDP og KAT.

Under den generelle behandlingsmodel inden for KAT i punkt fire hjælpes klienten til at identificere sine problemer med henblik på at lave dem om til mål med hele terapiforløbet. Dette punkt minder om Bordins beskrivelse af "opgaver". Bordins kendetegn eksisterer også i ISTDP, idet der, som skrevet ovenfor, laves en terapeutisk kontrakt efter, at den centrale dynamiske sekvens er gennemgået i sessionen.

Bordins tredje kendetegn; "bånd" findes også i KAT, da det tolkes, at der knyttes et bånd mellem terapeuten og klienten. Denne tolkning bunder i, at KAT's generelle behandlingsmodel har et underpunkt, som er "feedback". Denne intervention styrker, jævnfør ovenstående teori, båndet mellem terapeut og klient. Der knyttes ligeledes bånd inden for ISTDP, hvilket kan argumenteres ud fra ovenstående, hvor Davanloo mener, at når klientens forsvar er bragt i ro, styrkes det terapeutiske bånd.

I en opsummering af ovenstående kan det udledes, at selvom behandlingsmodellerne i henholdsvis KAT og PDT (ISTDP) er udformet forskelligt, indikerer ovenstående, at de har en lighed, som er en terapeutisk alliance. Dette kan være en forklarende faktor i forhold til, hvorfor evidensen peger på, at de er lige effektive.

Bortskaffelse af negative følelser

De to hovedteoretikere inden for KAT og PDT; Beck og Freud, opfatter følelsers rolle grundlæggende forskelligt i forhold til psykopatologi. Beck mener, jævnfør opgavens teori afsnit, at klientens urealistiske tanker er kilden til depression. Freud opfatter derimod depression som et resultat af, at klientens følelser holdes ude af bevidstheden grundet en intrapsykisk konflikt i barndommen. Dermed er de to psykoterapier forskellige, da der inden for PDT primært fokuseres på klientens følelser og ikke tanker. Hvorimod der inden for KAT primært fokuseres på klientens tanker i relation til blandt andet følelser.

Fokusset inden for KAT kommer til udtryk i behandlingen i KAT generelt og i den specifikke behandlingsmodel for depression, som er beskrevet i ovenstående. Det skyldes, at klienten lærer om den kognitive diamant i terapien samt arbejder med kognitiv omstrukturering, der begge er interventioner, som omhandler klientens tanker i relation til følelserne: I forbindelse med den kognitive diamant lærer klienten om, hvordan vedkommendes skemata (tanker) kan tage en dysfunktionel karakter og påvirke personens følelsesliv i en negativ retning og medføre depression. I forbindelse med den kognitive omstrukturering arbejder klienten eksempelvis med kolonneteknik for at vurdere, hvor stort et følelsesmæssigt ubehag en specifik tanke medfører. Således bygger behandlingsmodellen på, at klienten får en forståelse for, at tanker skaber et følelsesmæssigt ubehag (symptomer). Derfor instrueres klienten i, at personens tanker skal omstruktureres, så negative følelser undgås.

Fokusset på klientens følelser inden for PDT kommer blandt andet til udtryk i Davanloos behandlingsmodel, i faserne i den centrale dynamiske sekvens, som er redegjort for det i ovenstående. Fokusset kommer til udtryk, da terapeuten skaber en intrapsykisk krise i klienten med henblik på, at vedkommende opgiver sit forsvar (F), således følelser fra det ubevidste kan komme til overfladen (I/F), og de depressive symptomer eller angst kan forsvinde (A). Således tager PDT/ISTDP udgangspunkt i, at undertrykte følelser medfører symptomer. Derfor arbejder terapeuten på, at følelser skal nå frem til klientens bevidsthed og mærkes af vedkommende.

I en opsummering af ovenstående er KAT og PDT forskellige i og med, at der inden for KAT lægges vægt på tanker, hvor disse skal omstruktureres, så negative følelser undgås. Inden for PDT lægges der vægt på følelser, hvor disse skal konfronteres og mærkes af klienten. Men på trods af denne forskellighed i form af klientens undgåelse og konfrontation, er de to terapier også sammenlignelige i deres opfattelser af håndteringen af klientens følelser i det terapeutiske rum. Denne lighed indebærer bortskaffelse af negative følelser. Med dette menes, at terapeuten inden for KAT hjælper klienten til at fjerne de negative følelser fra sit indre og lade dem forsvinde. Inden for PDT sker der bortskaffelse af negative følelser, idet følelser fra klientens ubevidste forskydes til bevidstheden, hvor disse kan mærkes af personen. Denne lighed i form af negative affekters bortskaffelse kan være en potentiel virkningsmekanisme på tværs af PDT og KAT.

Lignende teknikker

1. Terapeutens udfordring af klienten

Både inden for PDT og KAT kan det argumenteres for, at terapeuten udfordrer klienten med henblik på skabe positiv forandring. Hver terapiforms måde at udfordre klienten på, samt hvad der udfordres, fremstår dog forskelligt. Som nævnt i teorien, anvendes der sokratiske spørgeteknik inden for KAT, hvilket omhandler, at terapeuten stiller spørgsmål til klientens tanker og antagelser med henblik på at udfordre klientens opfattelse af deres sandhedsværdi. Inden for PDT/ISTDP, udfordrer terapeuten klienten ved at stille manipulerende spørgsmål til klienten, med formålet at få klienten til at opgive sit forsvar. Jævnfør teoriafsnittet, kan et eksempel på sådan et spørgsmål være, at terapeuten spørger hvorfor klienten vil spille sin tid ved at undgå svære følelser.

2. Klientens italesættelse af følelser

En anden lighed inden for KAT og PDT er, at de begge opfordrer klienten til at italesætte følelser. Ved kolonneteknik i KAT skal klienten sætte ord på hvilke følelser, som hun oplever i forbindelse med negative tanker, samt graduere følelserne og sin overbevisning om tankerne. Inden for PDT beder terapeuten klienten om at sætte ord på de følelser og impulser, som klienten oplever, efter personens forsvar er ophævet. I forhold til italesættelse af følelser, er KAT og PDT forskellige på det punkt, at følelser inden for KAT bliver udtrykt i relation til kognitioner, mens følelser inden for PDT har deres egen ret, og kan udtrykkes uafhængigt, om de relaterer til kognitioner eller ej.

3. Klientens brug af sin fantasi

Både inden for PDT og KAT bliver klienten opfordret til at bruge sin forestillingsevne, dog i forskellige sammenhænge. Inden for PDT kan terapeuten bede klienten om at forestille sig, at han udlever en impuls, med henblik på at lade fortrængte følelser komme fuldt til udtryk. Inden for KAT kan klienten opfordres til at forestille sig forskellige udfald der kunne ske, hvis hans negative tanker blev til virkelighed. Når klienten forestiller sig det værste, der kunne ske, kan terapeuten spørge ind til sandsynligheden af dette, og klienten kan lære selv at stille spørgsmålstejn ved sin NAT. Inden for begge anvendes klientens forestillinger til at udforske en tanke eller følelse med henblik på at skabe forandring i klientens følelsesliv.

4. Klientens konfrontation med frygt/ubehag

Endnu en lighed ved PDT og KAT er at klienten skal konfrontere noget, som personen frygter eller finder ubehageligt at gøre. Inden for PDT kommer dette til udtryk ved, at klienten bliver udfordret til at komme i kontakt med ubevidst materiale, som de hidtil har frygtet at berøre, og derfor har undertrykt. Som det tidligere er blevet beskrevet, er det ubehageligt og angstprovokerende for klienten at genopleve negative følelser fra fortiden. På samme vis kan klienten inden for KAT opleve ubehag ved at skulle italesætte negative tanker og følelser, samt kan finde det angstprovokerende at teste en kerneantagelse gennem adfærdseksperimenter. Både KAT og PDT lægger som nævnt tidligere, vægt på en god arbejdsalliance, hvilket hjælper dem med at vedholde klienten i terapien, selv når tingene bliver svære eller ubehagelige.

5. Identificering af problemer og opstilling af mål

Inden for begge terapiformer bliver terapien struktureret ved at identificere klientens aktuelle problemer, samt opstille nogle mål for terapien. Dette ses blandt andet i punkt fire i første session i KAT, når terapeuten og klienten i fællesskab laver en liste over klientens problemer, som forvandles til mål, samt opstiller et samlet mål for terapien. Inden for PDT ses det ligeledes, at terapeuten i første fase af den centrale dynamiske sekvens, spørger ind til klientens aktuelle problemer med henblik på at identificere og afgrænse klientens vigtigste problem. Ved udformningen af den terapeutiske kontrakt, bliver klienten og terapeuten ligeledes enige om nogle mål for terapien.

6. Forsøg på at finde frem til årsagen til problemet

Både inden for KAT og PDT forsøges det at finde frem til roden af problemet og tage hånd om den. Terapiformerne opfatter dog forskelligt, hvor problemet har sin oprindelse. Inden for KAT opfattes klientens problemer som at stamme fra dysfunktionelle antagelser, der skal omstruktureres til mere hensigtsmæssige antagelser, før problemerne kan gå væk. Terapeuten forsøger at finde frem til, hvad klientens dysfunktionelle antagelser er, og forsøger at ændre dem ved at anvende sokratiske dialog og trække på gentagne temaer i klientens udsagn og erfaringer. Inden for PDT opfattes klientens problemer at stamme fra en intrapsykisk konflikt,

som løses ved at klienten bliver bevidst om og får bearbejdet fortrængte følelser. Når der er åbnet op for klientens ubevidste, kan terapeut og klient sammen finde frem til den virkelige årsag til klientens problemer.

7. Skabelse af indsigt

Inden for både PDT og KAT får klienten en indsigt i årsagen til sine problemer. Dette ses inden for PDT ved, at terapeuten ved hjælp af fortolkninger og afklaringer kan gøre klienten opmærksom på, hvordan forhold som udspillede sig i fortiden, har haft indflydelse på deres nuværende liv. På samme vis, gør terapeuten inden for KAT klienten opmærksom på, hvordan personens kerneantagelser bidrager til, at personen tænker, føler og handler på en dysfunktionel måde.

8. Forsøg på at finde mønstre

Endnu en lighed ved begge terapiformer er, at det forsøges at finde mønstre i klientens udsagn, erfaringer eller relationer. Inden for PDT, forsøger terapeuten at drage paralleller mellem klientens fortidige relationer og nuværende relationer ved at lave sammenkædninger mellem konflikt- og persontrekanterne. Terapeuten kan eksempelvis gøre klienten opmærksom på, at det samme relationelle mønster som udspillede sig mellem klienten og vedkommendes far, udspiller sig i klientens forhold andre mænd. Ligeledes kigger KAT også på mønstre, som kan være mønstre i klientens udsagn eller erfaringer, som opfattes til at have bidraget til skabelsen af klientens dysfunktionelle antagelser.

Da der er mange teknikker at have overblik over, er disse valgt at blive opsummeret i en tabel i nedenstående frem for at opsummere dem i brødteksten:

Lighedstræk i teknikker:

KAT	PDT
------------	------------

<p>1) Sokratiske spørgeteknik (udfordrer antagelser)</p> <p>2) Kolonneteknik (klienten skal sætte ord på de mest ubehagelige tanker og følelserne forbundet med dem)</p> <p>3) Italesættelse og testning af NAT giver ubehag (Klientens opfordres til at konfrontere sin frygt)</p> <p>4) Klienten opfordres til at bruge sin fantasi, og forestille sig det værste der kan ske</p> <p>5) Identificering af problemer og opstilling af mål (skaber struktur)</p> <p>6) Forsøger at finde frem til årsagen af problemet (kerneantagelserne) og at ændre dem</p> <p>7) Skaber indsigt i årsagen til problemet</p> <p>8) Finder mønstre i klientens udsagn og erfaringer, som har bidraget til klientens antagelser</p>	<p>1) Nedbrydning af forsvar (udfordrer klientens forsvar)</p> <p>2) Udvikling af komplekse overføringsfølelser (klienten skal sætte ord på følelser og impulser)</p> <p>3) Opgivelse af forsvaret bringer ubehag (Klientens opfordres til at konfrontere sin frygt)</p> <p>4) Klienten opfordres til at bruge sin fantasi, og forestille sig hvad der ville ske, hvis de fulgte deres impuls</p> <p>5) Identificering af problemer og opstilling af mål (skaber struktur)</p> <p>6) Forsøger at finde frem til årsagen af problemet (fortrængte følelser og konflikter)</p> <p>7) Skaber indsigt i årsagen til problemet</p> <p>8) Finder relationelle mønstre som afspejler klientens fortid, som har bidraget til forsvar og fortrængning af specifikke følelser</p>
--	---

Placeboeffekt

I dette afsnit vil der blive givet nogle bud på, hvordan en virkningsmekanisme kan være en placeboeffekt på tværs af PDT og KAT. Placeboeffekten inden for PDT kan skyldes indirekte suggestion, som er blevet beskrevet ovenfor i teorien. Det begrundes ud fra, at Bibrings fundamentale teknik; suggestion, kan give klienten troen på terapeuten som healer og skabe håb i klienten. Endnu et bud på, hvordan

placebo kan forklare PDT's virkning kan være, som det også vil blive berørt i diskussionen, at klienten ikke har så stort et ansvar for sin bedring i PDT som i KAT. Formuleret på en anden måde lærer klienten ikke at bruge terapeutens teknikker i PDT, men terapeuten forbliver eksperten, således magtfordelingen er skæv. Det betyder, at behandlingsmodellen i PDT til en vis grad er klienten uvis, således terapeutens arbejde ikke kan kritiseres af klienten eller stilles spørgsmålstegn ved. Denne mystificering af PDT kan fastholde terapeuten i rollen som healer, hvilket forstærker den indirekte suggestion.

I KAT derimod udlignes den skæve magtfordeling i det terapeutiske forhold i takt med, at terapien skrider fremad, således terapeuten og klienten bliver mere ligestillede. Det skyldes, at KAT sigter efter, at klienten lærer at anvende samme teknikker, som terapeuten bruger, så klienten kan blive sin egen kognitive adfærdsterapeut. Klientens brug af de terapeutiske teknikker kan give vedkommende en følelse af kompetence og give troen på sig selv. Dette kan reducere depressive symptomer som følelser af værdiløshed og mindreværd, hvilket allerede er nævnt under afsnittet "Virkningsmekanismer inden for KAT". Klientens tro på sig selv og sine evner kan ligeledes argumenteres for at være en placeboeffekt. Desuden kan klienten få potentielle succesoplevelser i KAT, som personen for eksempel kan opnå via adfærdseksperimenter, hvor negative tanker testes og afkræftes. Disse succesoplevelser kan ligeledes forstærke klientens tro på behandlingen og skabe en placeboeffekt.

I en opsummering af ovenstående er en virkningsmekanisme på tværs af PDT og KAT placeboeffekten. Dette kommer til udtryk i PDT grundet indirekte suggestion og den skæve magtfordeling, hvor klienten ikke selv lærer at mestre behandlingen. Omvendt i KAT er magtfordelingen mere lige, hvor klienten lærer behandlingsteknikkerne samt udfører opgaver, der kan give vedkommende troen på sig selv og terapiformen.

Opsummering på analysen

I første del af analysen, som undersøgte evidensen for KAT og PDT's effektivitet i behandlingen af depression, indikerede to ud af de tre studier, at PDT og KAT var nogenlunde lige effektive til at behandle depression. Derudover kom alle studierne

frem til, at KAT og PDT havde en effekt, men størrelsen af effekten varierede blandt studierne. Dog konkluderes der ud fra to af de tre studier, at terapierne er lige effektive, hvilket også er i overensstemmelse med en metaanalyse. Hvorvidt disse resultater er valide, vil blive diskuteret senere.

Anden del af analysen undersøgte, hvad der kan forklare PDT's og KAT's virkning. Her blev diverse virkningsmekanismer beskrevet, som går på tværs af PDT og KAT. Af disse kom vi selv frem til følgende: Den terapeutiske alliance, bortskaffelse af negative følelser, lignende teknikker og placeboeffekten. Både Messer og Warren samt Hougaard mener, at den terapeutiske alliance er en virkningsmekanisme i PDT og KAT, hvilket vi også fandt frem til.

Messer og Warren mener desuden, at "følelsesmæssig involvering", i form af at udtrykke følelser, er en virkningsmekanisme i PDT, hvilket stemmer overens med virkningsmekanismen "bortskaffelse af følelser", som vi har fundet inden for både PDT og KAT. Messer og Warren mener ligeledes, at en virkningsårsag er indsigt, som vi også argumenterer for er en årsag til virkningen i afsnittet "Lignende teknikker" under punktet "Skabelse af indsigt". Hougaard mener endvidere, at klientens forventninger er en virkningsmekanisme inden for KAT, som er i overensstemmelse med placeboeffekten, som vi fandt på tværs af PDT og KAT. Eftersom vi har fundet ovenstående ligheder blandt terapierne, kunne det tyde på, at KAT inddrager nogle elementer fra PDT. Dette kan, som nævnt, muligvis skyldes, at Beck førhen var psykoanalytiker og kunne være inspireret af psykoanalysen i sin udformning af KAT.

Hvorvidt ovenstående faktorer, som går igen mellem PDT og KAT, er årsagen til, at terapierne virker, vil blive diskuteret nedenfor.

Diskussion

I diskussionen vil analysens resultater blive diskuteret i afsnit, der kommer i følgende rækkefølge: Studiernes resultaters validitet og reliabilitet, Lambert og Barleys lagkagediagram, evolutionært perspektiv på årsagen til terapiernes virkning, årsager til mangelfuld virkning og fremtidige forbedringer. Disse temaer er valgt ud fra formålet at finde frem til, *om vi overhovedet kan svare på, om terapiformerne virker og svare på, hvorfor de virker eller ikke virker.*

Studiernes resultaters validitet

For at besvare hvad evidensen er for PDT og KAT findes det nødvendigt at diskutere studierne validitet og reliabilitet. I forhold til validiteten, vil vi gennemgå følgende afsnit: Medicinering, statistisk power, kontrolgrupper og overensstemmelse i resultaterne.

Medicinering:

Town et al. (2017, p. 17) skriver, at deltagerne i ISTDP-gruppen, som ikke var i stand til at følge medicinprotokollen, ikke blev ekskluderet i studiet. Dette opfattes som en svaghed, da der er en risiko for, at ændringer i medicinering, kunne have haft en indflydelse på studiets resultater. På den anden side, som nævnt i metodeafsnittet, var deltagerne i studiet resistente over for antidepressiv medicin, hvilket kan betyde, at det ikke har haft en reel indflydelse.

Statistisk power:

Ifølge Coolican (2014, pp. 338-340) er en *type 1 fejl*, at få et signifikant resultat, selvom det kunne være en tilfældighed. Det vil sige, at nulhypotesen forkastes, selvom den er sand. Ved en *type 2 fejl* beholdes nulhypotesen, selvom den alternative hypotese er sand, og der er en ægte effekt. Cohen (1992, p. 156) skriver, at studier helst skal have statistisk power på mindst 80%, da der er for stor risiko for en type 2 fejl, hvis statistisk power er under 80 procent.

De tre studier havde forskellige størrelser af power. Nakagawa havde sørget 90 % power i tilfælde af, at der skulle opstå et frafald undervejs i undersøgelsen, hvilket var en styrke i deres studie. Derudover var Nakagawa et al. det eneste af de tre studier som havde nok power (2017, p. 1128). Town et al. (2017, p. 16) skulle have haft 68 deltagere for at have 80% power, hvor de startede med at have 60 deltagere, men dette faldt til 50 deltagere efter 6 måneder på grund af frafald. Ud fra dette kan det konstateres, at Town et al. ikke havde nok power, hvilket trækker ned i deres resultaters validitet. Driessen et al. (2013, p. 1043) startede ud med 341 deltagere, hvilket gav dem nok power, eftersom de udledte, at 300 antal deltagere var nødvendigt for at opnå 80 % power. Men som skrevet i analysen faldt 28,5 % (n = 97) af forsøgsdeltagerne i studiet fra i interventionsperioden. Dette er en begrænsning i og med, at stikprøven, som oprindeligt var på 341 deltagere, blev væsentligt reduceret. Det betyder, at studiet endte med ikke havde nok power. Town

et. al og Driessen et al., havde ikke nok power, og dette forringer validiteten af deres resultater, eftersom der er en risiko for, at de har begået en type 2 fejl.

Kontrolgrupper:

I det følgende vil det kritiseres, hvordan nogle af studierne mangler en kontrolgruppe, hvilket Coolican definerer (2014, p. 70) som en gruppe, der ingen behandling modtager.

I Town et. al. anvender de TAU-gruppen som en kontrolgruppe. Dog modtog 50 % (n = 15) af deltagerne i TAU-gruppen KAT. Dette opfattes som problematisk, eftersom det ville have været mere optimalt at sammenligne interventionsgruppen og med en gruppe, som ingen psykoterapi havde modtaget. Hvis vi skal undersøge, om en behandling har reduceret deltagerens depression, bliver vi nødt til at sammenligne dem med en gruppe, som ikke modtager behandling. Da TAU-gruppen dermed ikke er en rigtig kontrolgruppe, forringes validiteten af resultaterne i Town et al.

Driessen et al. havde ingen kontrolgruppe, hvilket de selv fremhæver som en svaghed i deres studie. Dette forringer også validiteten af resultaterne.

Nakagawa et al. havde en kontrolgruppe, som ingen psykoterapi fik, men de nævner, at de mangler en behandlingskontrol. En behandlingskontrol er en gruppe, som får en anden type psykoterapi med henblik på at undersøge om den observerede effekt skyldes nonspecifikke faktorer eller KAT i sig selv. Nakagawa et al. (2017, p. 1133) nævner, at det ikke var studiets formål, at undersøge effekten af KAT i sig selv, men rettere at undersøge effekten af supplering af TAU med KAT, og derfor kan det diskuteres om dette er en svaghed.

Overensstemmelse i resultaterne:

Nakagawa et al. (2017, p. 1132f) påpeger, at de ikke fandt en signifikant forskel mellem interventionsgruppen og TAU-gruppen i forhold til de sekundære outcomes, som omhandlede deltagerens egen vurdering af depressive symptomer og livskvalitet (BDI-II, QIDS-SR og SF-36). Dette mener Nakagawa et al. skyldes, at en tredjedel af deltagerne havde komorbid angst, hvilket forfatterne understøtter med et studie, som konkluderede, at komorbid angst kan få forsøgsdeltagere til at undervurdere deres depressive symptomer (ibid., p. 1133). Dette argument kan kritiseres for at

være svagt, da Nakagawa et al. bygger argumentet på et enkelt studie, samt at kun en tredjedel af deltagerne i studiet havde komorbid angst.

Nakagawa et al. kommer med endnu en forklaring på den manglende forskel mellem grupperne. Dette gør de på baggrund af et studie af Waza et al., hvor de japanske deltagere havde en tilbøjelighed til at rapportere somatiske symptomer over psykiske symptomer. Forfatterne pointerer at GRID-HAMD fokuserer mere på somatiske symptomer, mens BDI-II og QIDS-SR fokuserer mere på depressive (psykiske) symptomer. Dette mener Nakagawa et al. kan medføre, at forsøgsparticipanterne muligvis kunne have underrapporteret deres depressive symptomer.

I Town et al. fandt de i modsætning til Nakagawa et al., en betydelig forskel blandt deltagerenes selvurderinger af depressive symptomer, hvor ISTPD-gruppen havde cirka et dobbelt så stort et fald i depressive symptomer i forhold til TAU-gruppen (2017, p. 20). Dette understøtter deres hypotese, at ISTDP ville være mere effektivt end standardbehandling.

I Driessen et al. (2013, p. 1045) var der ingen forskel mellem deltagernes selvurderinger af depressive symptomer, hvilket også gjorde sig gældende for de observatørbedømte scoringer. Dette styrker validiteten af resultaterne i Town et al. og Driessen et al., idet de sekundære outcomes bekræfter de primære.

Studiernes resultaters reliabilitet

I forhold til besvare studierne reliabilitet, vil vi komme ind på deres måleværktøjers interrater reliabilitet og interne konsistens, samt forhold som assessorernes blindhed over for behandlingsallokeringen.

Måleværktøjer:

Nakagawa et al. anvendte GRID-HAMD, som er en forbedret udgave af den originale Hamilton Depression Rating Scale. Alle assessorerne modtog omfattende træning i anvendelsen af GRID-HAMD og interraterreliabiliteten (intraclass korrelationskoefficienten) var 0,94-0,98, der viste god enighed (Nakagawa et al., 2017, p. 1128).

Nakagawa et al. gav ingen informationer om intern konsistens i nogen af deres måleværktøjer (GRID-HAMD BDI-II og QIDS-SR), hvilket er et kritikpunkt i deres studie.

I Town et al. anvendte de HAM-D, hvor en forskningsassistent blev trænet i at anvende dette (Town, 2017, p. 18). Alle interviews blev videooptaget for at bedømme reliabiliteten af vurderingerne. For at vurdere interraterreliabilitetens mødtes forskningsassistenten med en erfaren evaluator (en klinisk psykolog) inden for regelmæssige intervaller under undersøgelsen for at gennemgå og diskutere de videooptagede interviews, for at undgå afvigelser i vurderingerne.

Forskningsassistenten og evaluatoren udførte individuelt 26 HAM-D vurderinger af de videooptagede interviews, og den gennemsnitlige intraclass korrelationskoefficienten var 0,96, som viste god enighed.

Intern konsistens for HAM-D var høj i to af de tre målepunkter i studiet (tid 1, Cronbach's alpha = 0,617; tid 2, alpha = 0,841; tid 3, alpha = 0,849) (ibid.). Intern konsistens for PHQ-9 var høj for alle tre målepunkter (tid 1, Cronbach's alpha = 0,783; tid 2, alpha = 0,899; tid 3, alpha = 0,912) (ibid.). Forskningsassistenten var blind for behandlingsallokeringen; og for at sikre dette, blev studiets deltagere instrueret i at holde sig fra at diskutere deres behandling under interviewene.

I Driessen et al. anvendte de HAM-D. De trænede forskningsassistenter (kandidatstuderende i klinisk psykologi) udførte HAM-D i overensstemmelse med en hollandsk manual. Assessorerne deltog i gruppesupervision en time hver anden uge, hvor lydoptagne interviews blev diskuteret. Interraterreliabiliteten viste, at den gennemsnitlige intraclass korrelationskoefficient for 46 lydoptagne vurderinger, var 0,97, hvilket viste god enighed (Driessen et al., 2013, p. 1042). Både observatør- og deltagerbedømte depressive symptomer viste god intern konsistens ved baseline (Cronbach's alpha: observatørbedømt, 0,75; deltagerbedømt, 0,78). Studiet undersøgte dog ikke den interne konsistens for deres andet måleværktøj (IDS-SR), hvilket kan kritiseres.

HAM-D assessorerne var ikke blinde over for behandlingsallokeringen. Af denne årsag anmodede forfatterne af studiet om assessorernes hypoteser i forhold til postbehandlings- og opfølgingsvurderingerne og udførte en sensitivetsanalyse, som kontrollerede for disse variable (ibid.). Driessen et al. nævner, at efter de kontrollerede for assessorernes forventninger, ændrede dette ikke mønstret i resultaterne, eftersom resultaterne for observatør- og deltagerbedømte outcomes var i overensstemmelse med hinanden (ibid., p. 1048). På trods af, at Driessen et al. argumenter for, at assessorernes forventninger til resultaterne ikke lod til at påvirke

deres vurderinger, vil vi stadig argumentere for, at det kan have påvirket deres objektivitet, og have medført et bias i deres vurderinger.

Opsummering på studierne resultater

I den følgende opsummering, vil vi forsøge at besvare spørgsmålet om evidens ud fra ovenstående overvejelser om studierne resultaters validitet og reliabilitet samt opsummeringen af studierne resultater i analysen. Til at besvare dette spørgsmål, vil vi først anvende et nomotetisk perspektiv. Som nævnt i metodeafsnittet, forsøger nomotetisk viden at forklare fænomener ud fra almene og universelle lovmæssigheder. Derudover antager dette perspektiv, at videnskab fordrer, at viden kan generaliseres. Spørgsmålet om hvad evidensen er for at KAT og PDT er effektive i behandlingen af depression, kan argumenteres for at omhandle hvorvidt det kan udledes, at der findes en almen lovmæssighed, som er at KAT og PDT kan behandle depression. For at kunne vurdere at sådan en lovmæssighed findes, fordrer det at resultater er generaliserbare, hvilket inden for det nomotetiske perspektiv kræver en stor stikprøve. I det ovenstående fremgår det, at Nakagawa et al. var det eneste af de tre studier, som havde nok deltagere til at have nok statistisk power. Dette betyder, at det ville være det eneste studie, som man ville kunne generalisere ud fra i et nomotetisk perspektiv. Nakagawa et al. var ligeledes det eneste studie, som havde en reel kontrolgruppe, eftersom Driessen et al. ingen kontrolgruppe havde og halvdelen af deltagerne i Town et al.'s kontrolgruppe modtog KAT. Dette er endnu et argument for, at Nakagawa et al. er det eneste af de tre studier, som kan argumenteres for at være generaliserbart, da deres kontrolgruppe øger studiets resultaters validitet. Nakagawa et al. havde dog nogle svagheder, som mindsker dets generaliserbarhed. Den ene svaghed var, at deltagerne alle havde den samme kulturelle baggrund, hvilket gør det usikkert hvorvidt studiets resultater kan generaliseres til andre kulturer. Den anden svaghed var, at studiet ikke angav den interne konsistens for deres måleværktøjer, hvilket gør præcisionen af deres måleværktøjer uklar. Den tredje svaghed var, at der var en uoverensstemmelse mellem resultaterne i deres primære og sekundære outcome. Denne uoverensstemmelse gør det usikkert, hvorvidt KAT medførte en større forbedring i depressive symptomer, end standardbehandlingen alene. Ud fra et nomotetisk perspektiv kan vi udlede, at Nakagawa et al. kom tættest på at besvare spørgsmålet

om evidens, men det ville kræve mere forskning af høj kvalitet, for at kunne sige noget alment lovmæssigt i forhold til evidensen for KAT og PDT.

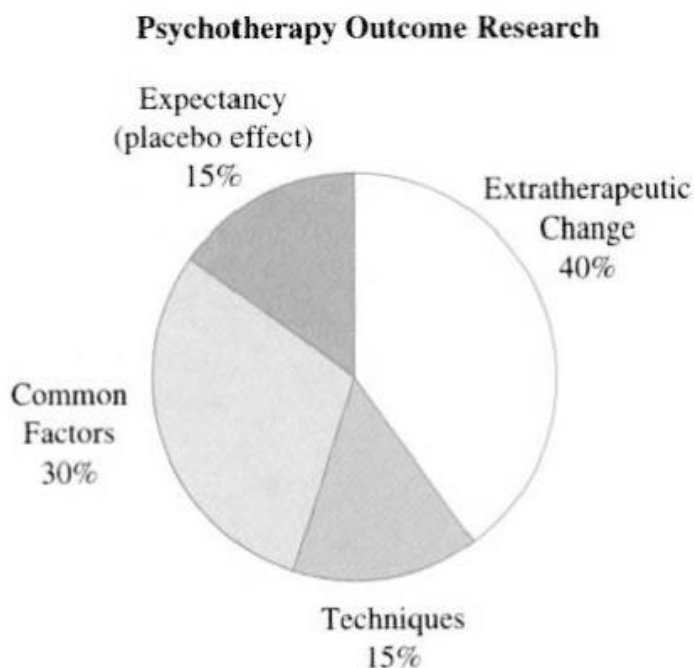
Et andet perspektiv studierne resultater kan anskues med, er det ideografiske perspektiv. Selvom Town et al. og Driessen et al. havde en for lille stikprøve, kan vi ifølge den ideografiske metode argumentere for, at resultaterne i Town et al. og Driessen et al. stadig er valide. Det skyldes, som nævnt, at enkelttilfælde også kan bidrage med generaliserbar viden. Da enkelttilfælde kan bidrage med valid viden, kan vi udlede, at der er evidens for, at PDT og KAT er omtrent lige effektive i behandlingen af depression.

Lambert og Barleys lagkagediagram

I dette afsnit vil vi diskutere, om det kan udledes, at klientens bedring skyldes nonspecifikke faktorer. Dette vil blive diskuteret ud fra Lambert og Barleys (2002) forskning om, hvad der er virksomt på tværs af psykoterapier.

Lambert og Barley (2002, pp. 17-19) skriver, at det i over seks årtier er blevet debatteret, hvad der forårsager bedring i klienten i psykoterapi, hvilket har skabt grobund for mange reviews over undersøgelser af terapeutisk outcome samt metaanalyser og litteratur. På baggrund af denne forskning har Lambert og Barley lavet et lagkagediagram (figur X) over “den procentuelle bedring i psykoterapi som en funktion af terapeutiske faktorer”. Modellens fire stykker vil blive beskrevet i

følgende med henblik på at sammenholde dem med analyseresultaterne:



1. Ekstraterapeutisk faktor/spontan bedring (40%):
Dette er klientens bedring, som opstår uafhængigt af terapien. Lambert og Barley opstiller en række faktorer, som kan influere den spontane bedring. Disse kan eksempelvis være, at klienten finder samt læser selvhjælpslitteratur og får social støtte i form af at tale med venner eller ægtefællen.
2. Fælles faktorer/det terapeutiske forhold (30%):
Fælles faktorer/det terapeutiske forhold er nonspecifikke faktorer på tværs af terapierne, uafhængigt af deres specifikke teoretiske grundlag og metoder. Fælles faktorer kan eksempelvis være terapeutens accept og empati, terapeutens og klientens personligheder og behandlingsalliancen.
3. Forventning/placebo (15%):
Forventninger er nonspecifikke faktorer som for eksempel placeboeffekt, klientens viden om at være i behandling og tro på terapiformens virkning.
4. Teknik (15%):
Teori og metoder, som adskiller de forskellige psykoterapier. Lambert og Barley giver eksempler på teknik, der kan være biofeedback og hypnose.

Lagkagediagrammet sammenholdt med analyseresultaterne

På baggrund af lagkagediagrammet kan det udledes, at virkningsmekanismerne, som vi har fundet frem til i ovenstående analyse, jævnfør Lambert og Barley, forklarer 45 % af klientens bedring. Dette skyldes, at ovenstående virkningsmekanismer i analysen kan placeres inden for de to lagkagestykker, som er fælles faktorer/det terapeutiske forhold (30 %) og forventninger/placebo (15 %). Om dette er en valid forklaring på årsagen til PDT's og KAT's virkning vil blive diskuteret i nedenstående under overskriften "Kritik af lagkagediagrammet". I vores analyse, har vi ikke berørt ekstraterapeutisk forandring som en mulig forklaring på klientens bedring. Men hvis 40 % af klientens bedring skyldes ekstraterapeutisk forandring, som sker uafhængigt af terapien, tænker vi, at dette muligvis kan være en forklaring på, hvorfor psykoterapi ikke virker lige godt for alle.

I forhold til de 15 % som skyldes teknik, har vi grundet vores måde at gribe analysen an på, ikke fundet frem til terapispecifikke teknikker, som kan forklare PDT's og KAT's virkning. Dog er der en mulighed for, at teknikker, der er specifikke inden for hver terapiform, kan være med til at skabe bedring for klienten. Dette vil vi komme med et eksempel på senere i diskussionen under overskriften "Mangler i PDT".

Kritik af lagkagediagrammet

Der kan sættes spørgsmålstegn ved, hvordan Lambert og Barley er kommet frem til den procentuelle opdeling i lagkagediagrammet. Eksempelvis kan det undre, hvordan Lambert og Barley er kommet frem til, at kun 15 % skyldes de enkelte terapiers metoder, som er baseret på deres teori. Lambert og Barley (2002, p. 20) forklarer, hvorfor 15 % af psykoterapiers virkning kan skyldes teknik ud fra nogle resultater fra reviews. De skriver blandt andet, at nogle teknikker har vist sig at være effektive i forhold til specifikke lidelser, hvor eksempelvis eksponering var virksomt til at behandle fobier. De skriver også, hvordan forskning indikerer, at klienter, som behandles med psykoterapi, i gennemsnit har det bedre end 80 % af de ubehandlede klienter i kontrolgrupperne. Dog anerkender Lambert og Barley, at de helende komponenter ikke er identificeret inde for forskningen endnu.

Ud fra Lamberts og Barleys kommentarer til deres teknik i lagkagediagrammet kan det undre, hvordan de kan udlede, at 15 % er teknikker, hvilket vil kritiseres nedenfor under overskriften "Fælles faktorer eller teknik som virkningsårsag".

Måden, hvorpå Lambert og Barley er kommet frem til procenterne i deres lagkagediagram, fremgår i følgende citat:

The percentages were derived by taking a subset or more than 100 studies that provided statistical analyses of the predictors of outcome and averaging the size of the contribution each predictor made to final outcome. Figure 2.1 is offered as a painstakingly derived albeit crude estimate of the relative contribution of a variety of variables that impact outcome. Lambert og Barleys (2002, p. 18).

Ud fra citatet fremgår det, at Lambert og Barley har baseret deres model på mere end 100 korrelationsstudier. Denne tilgang kritiserer Cuijpers og Huibers (2015, p. 2), idet de forklarer, at korrelationsstudier ikke forklarer noget om årsagssammenhænge, hvilket gør Lambert og Barleys lagkagediagrammet hypotetisk:

It should be noted however that this pie chart is not based on actual empirical evidence on causal mechanisms of change, but on aggregated estimation of observational correlations found in literature. It is therefore merely hypothetical, despite its appeal to professional workers (ibid.).

Fælles faktorer eller teknik som virkningsårsag

Ovenstående kritik af **figur X** stiller spørgsmålstegn ved, om årsagen til, at PDT og KAT er effektive til at behandle depression, skyldes fælles faktorer. Ifølge Cuijpers og Huibers (2015, p. 1f) er der blandt forskere bred enighed om, at psykoterapiers virkning skyldes både fælles faktorer/det terapeutiske forhold og terapispecifikke teknikker. På trods af dette, er nogle tilhængere af enten den nonspecifikke eller den specifikke model. Cuijpers og Huibers kritiserer de studier, som er blevet anvendt som argument for, at lagkagediagrammet er validt. De kritiserer blandt andet valget af meta-analyser af korrelationsstudier som argument for fælles faktorernes validitet. Det skyldes, at studierne eksempelvis fandt frem til, at behandlingsalliancen kun forklarede 7 % af variansen. Endvidere hævder forfatterne, at studierne ikke har et temporalt design, hvilket resulterer i, det ikke kan udledes, at klientens bedring skyldes den terapeutiske alliance og ikke omvendt (ibid., p. 2f). Cuijpers og Huibers fremhæver dog, at nogle studier påviser, at en tidlig dannelse af en behandlingsalliance forudsiger senere symptomlindring. Cuijpers og Huibers (2015, p. 5) giver deres bud på, hvorfor der eksisterer disse modstridende resultater i forhold til, om fælles faktorer/det terapeutiske forhold er årsagen til psykoterapiers effektivitet. Forfatterne mener, at dette skyldes, at nogle psykoterapier lægger mere vægt på den terapeutiske alliance (psykodynamisk terapi) end andre terapiformer

(kognitiv terapi), hvilket resulterer i, at disse finder en større sammenhæng mellem den terapeutiske alliance og symptomforandringer, end terapier, der lægger mindre vægt på den terapeutiske alliance.

Cuijpers og Huibers (2015, p. 3f) fremhæver også, det er en mulighed, at forskellige psykoterapier virker via specifikke (teknikker) og forskellige måder at skabe forandring i klienten på. Da drager de en parallel til undersøgelser, som indikerer, at antidepressiv medicin er lige så effektivt som psykoterapi. Denne manglende forskel mener man muligvis skyldes, at virkningen sker via forskellige, specifikke, psykologiske og biologiske veje. En helt anden måde at anskue virkningen på kan være, at i stedet for at gå dikotomisk til værks, kan virkningsårsagen opfattes som et resultat af fælles faktorer og specifikke teknikker, der interagerer og sammen skaber terapeutisk forandring.

I en opsummering af ovenstående fremgår det, at en mulig forklaring på KAT's og PDT's virkning kan skyldes nonspecifikke faktorer. Dette argument bygger på Lamberts og Barleys observationer af forskning i form af korrelationsstudier over prædikatorer for positivt outcome i psykoterapi. Dog kan dette argument siges at være usikkert, eftersom Cuijpers og Huibers påpeger, at korrelationsstudier ikke kan forklare kausalitetsretningen. Dette betyder, at korrelationsstudier kun kan sige, at der er en sammenhæng mellem variable, men ikke kan sige, hvad der forårsager hvad. Endvidere diskuterer Cuijpers og Huibers, at et positivt outcome i psykoterapi ligeså godt kunne skyldes specifikke teknikker, som fører til samme resultat. Derudover foreslår de, at virkningen ligeså godt kunne skyldes interaktionen mellem de nonspecifikke og specifikke faktorer i psykoterapi, og virkningen ikke skal anskues dikotomisk. Ud fra Cuijpers og Huibers pointer, forholder vi os også kritiske over for lagkagediagrammets gyldighed grundet brugen af korrelationsstudier som evidens.

Evolutionært perspektiv på årsagen til terapiernes virkning

I det følgende afsnit vil der tages udgangspunkt i Pines (1967) evolutionære hypotese om depression til at give en evolutionær forklaring på, hvorfor PDT og KAT kan være effektive i behandlingen af depression. Dette perspektiv kan give en

alternativ forklaring på, hvorfor PDT og KAT virker i forhold til forklaringen ud fra nonspecifikke faktorer, som vi har anvendt i analysen.

Social konkurrence-hypotesen om depression:

Price har fremført en hypotese om, hvordan depression, der umiddelbart fremstår som en dysfunktionel tilstand, kan have haft en evolutionær, adaptiv funktion. Price beskriver, hvordan vore forfædre plejede at leve i små, sociale grupper med et stærkt, socialt hierarki, hvilket bevarede freden og gjorde dem i stand til at leve tæt sammen. Hypotesen fremsiger, at depression har fungeret som en ubevidst mekanisme til at overgive sig i konkurrerende situationer, som ellers kunne have ført til alvorlige skader eller død. Det antages, at en mangel på sådan en mekanisme ville have ført til konstant aggression og magtkampe i gruppen, hvilket ville have mindsket gruppens overlevelseschancer, og dette menes dermed at være blevet selekteret fra undervejs i evolutionen.

Price et al. pointerer, at typiske kendetegn ved depression som følelser af uduelighed, et forvrænget negativt syn på sig selv, verden, fremtiden og fortiden, nedsatte perceptuelle og eksekutive evner, samt mistet interesse i mål og belønninger alt sammen afholder individet fra at forsøge at vinde i en konflikt (1997, p.246f). Depression bliver betegnet som en "ufrivillig underkastelsesstrategi", som sker ubevidst og fungerer på tre måder: 1) Aggressiv adfærd over for rivaler eller overordnede hæmmes (dog ikke over for underlegne), en følelse af uduelighed forhindrer individet i at forsøge at lave et "come-back"; 2) Individet signalerer, at han ikke er nogen trussel over for rivaler, og at han ikke er funktionsdygtig til enhver slægtning eller støttende person, som ønsker at skubbe ham tilbage i arenaen til at kæmpe på deres vegne; 3) Individet puttes ind i en opgivende mental tilstand, som opmuntrer personen til at acceptere udfaldet af situationen og promoverer en adfærd, der udtrykker en frivillig overgivelse. Dernæst beskrives det, at individets frivillige overgivelse leder til en forsoning og en afslutning på konflikten, samt leder til et ophør af den depressive tilstand hos personen. Hvis individet dog af en eller anden grund ikke accepterer udfaldet af en konflikt og ikke overgiver sig frivilligt, kan den ufrivillige underkastelsesstrategi blive intens samt forlænget og udvikle sig til depressiv sygdom (ibid., p. 242f).

Price skriver, at depression indfinder sig, når individet bevæger sig ned i hierarkiet, hvilket forklarer, hvorfor mennesker som oplever fald i social status, som ved fyring på et job, ofte udvikler depressive symptomer. Det er også alment kendt, at mennesker, som oplever dødsfald eller separationer, ofte udvikler depressive symptomer. Dette forklarer Price med, at tab af slægtninge eller venner i fortiden, ofte betød et tab af ressourcer og dermed et fald i social status (1967, p. 245).

Price pointerer, at depression i vores tid sandsynligvis ikke længere udgør en fordel i vores moderne sociale tilværelse, men at det stadig er for tidligt, at selektionspresset for depression er blevet hævet til, at mekanismen er blevet selekteret fra (1967, pp. 243-245). Som en løsning på dette beskriver Price et al. nogle forskellige forslag til, hvordan terapeuten kan hjælpe en klient overkomme sin depression: Klienten kan hjælpes til at erstatte sin ubevidste, ufrivillige eftergivende tilstand med en bevidst, frivillig overgivelse; klientens konflikt kan løses ved, at personen indgår et kompromis eller en forhandling; klienten kan hjælpes til at vinde konflikten; klienten kan hjælpes ved at blive gjort i stand til at forlade konflikten's "arena", som i nogle tilfælde kan være en fysisk adskillelse fra den fjendtlige person, og i alle tilfælde involverer en mental adskillelse; dertil kan det hjælpe at sænke klientens vurdering af værdien af den ressource, som individet kæmper for (Price et al., 1997, p. 249f).

Det kan tænkes, at en af grundene til, at KAT og PDT kan være effektive til at behandle depression er fordi, de anvender metoder, som involverer nogle af de ovenstående forslag til behandling. Price et al. nævner, at KAT kan hjælpe med at øge troen på egne evner og selvværd og gøre fundamentet for disse selvvurderinger realistiske, hvilket bringer individet ud af den depressive tilstand (ibid., p. 251f). Som nævnt tidligere i teori afsnittet, arbejdes der inden for KAT med modificering af dysfunktionelle kerneantagelser til mere hensigtsmæssige kerneantagelser, som testes ved hjælp af adfærdseksperimenter. I forhold til Price et al.'s forslag til at hjælpe klienten med at "vinde konflikten", kan det tænkes, at en depressiv persons kerneantagelse om, at "jeg er en taber" kan modificeres af de ovenstående interventioner, og dermed give personen mod på at prøve at "vinde" igen. Dette sker ved, at individet hjælpes til at sætte spørgsmålstejn ved sit negative selvbillede, genvinde troen på sine egne evner og øge sit selvværd, hvilket sætter personen i den modsatte mentale tilstand af den opgivende tilstand, som kendetegner depression. På samme vis kan det tænkes, at KAT kan hjælpe klienten med at sætte spørgsmålstejn

ved værdien af en ressource og sætte tanker i gang i forhold til, om det kunne være mere gavnligt at opgive ressourcen og vende sit fokus andetsteds. Derudover kan det tænkes, at en klient gennem adfærdseksperimenter kan lære at konfrontere den person, som vedkommende er i konflikt med, og blive i stand til at forhandle med personen og blive enig med personen om et kompromis. Alternativt kan klienten, gennem terapeutens sokratiske spørgeteknik, indse, at han ikke behøver at konfrontere den person, som han er i konflikt med, og at det er bedre at tage afstand til personen.

Price beskriver ikke specifikt, hvordan PDT kunne hjælpe på depression ud fra et social-konkurrence hypotetisk udgangspunkt, men her kommer der nogle af vores bud: Som beskrevet i teori- og analyseafsnittet manipulerer PDT klienten til at sige og gøre ting, som klienten ellers har været bange for at sige og gøre, men som klienten, gennem den korrektive emotionelle oplevelse, lærer, ingen konsekvenser medfører. Dette kan tænkes at give klienten en øget selvtillid og mod på livets udfordringer, som kan sammenlignes med, at personen finder ”kampgejsten”, hvor vedkommende ellers var hæmmet af depression. Formuleret på en anden måde, opgives undertrykkelsen af detets impulser, hvilket kan sammenlignes med en opgivelse af den ufrivillige underkastelsesstrategi. Ydermere er det beskrevet i teoriafsnittet, at klienten kan gøres bevidst om, at konflikter i barndommen har præget deres adfærdsmønstre i nutiden på en ubevidst maner. Denne ubevidste adfærd kan sammenlignes med den ubevidste underkastelsesstrategi, eftersom der i begge tilfælde anvendes ubevidste adfærdsstrategier som vedligeholder depression. Ved at klienten gøres bevidst om sammenhængen mellem tidligere konflikter og sin nuværende adfærd, kan klienten blive bevidst om, at andre adfærdsstrategier kan vælges i fremtiden, som ikke involverer depression. Derudover kan det tænkes, at når klienten udtrykker fortrængte følelser, som er knyttet til en konflikt, kan det hjælpe klienten til at acceptere denne, hvilket kan sammenlignes med en frivillig overgivelse eller accept af konfliktens udfald.

Andre evolutionære hypoteser:

Det skal gøres klart at ikke alle tilfælde af depression passer ind i Prices forklaringsmodel. Der findes flere evolutionære modeller/hypoteser, som kan forklare årsagen til depression. Mens Price er fortalende for, at depression er en (tidligere) adaptiv tilpasning til ydre omstændigheder, så er de andre modeller mere

fortalere for depression som et maladaptivt resultat af henholdsvis tilfældige kombinationer af gener eller forstyrrelser i barnets tidlige udvikling grundet forhold som omsorgssvigt eller morens alkoholmisbrug under graviditeten (Workman & Reader, 2008, p. 341). Dette kan også forklare, hvorfor nogle former for depression kan passere efter noget tid, hvilket kan ske i forbindelse med ydre hændelser som et dødsfald, mens andre former for depression er af mere kronisk karakter, hvilket kan skyldes en genetisk eller udviklingsmæssig sårbarhed. Det kan tænkes at klienter hvis depression skyldes en ydre begivenhed, nemmere vil kunne få gavn af psykoterapi, end dem der skyldes medfødt/udviklingsmedført sårbarhed. Dette kan skyldes at sårbare klienter vil have dårligere funktionelle kapaciteter til at tænke eller handle anderledes, samt være mere overfølsomme over for stressende eller ikke-støttende miljøer (Mcguire, Troisi & Raleigh, 1997, p. 275f). En mulig hjælp til sårbare klienter, kunne være medicin, som kan hjælpe dem blive mere funktionelle i deres hverdag. En anden hjælp kunne være at styrke klienternes sociale støttenetværk, eller mindske deres udsættelse for andres negative adfærd gennem en miljøforandring (ibid., p. 277). Ud fra det, som er beskrevet om den terapeutiske alliance tidligere, så er det ikke utænkeligt, at psykoterapi også kunne bidrage med et støttende socialt miljø for sårbare klienter. Dog kan det tænkes at ISTDP eller KAT vil kunne stille for store krav til en sårbar klients evner, hvorfor en mere støttende form for psykoterapi kan tænkes, at være et bedre match til dem.

I ovenstående er der givet evolutionære bud på, hvad der kan forklare PDT's og KAT's virkning. Som skrevet, er depression, ifølge Price, en evolutionær tilpasning, som ikke længere er fordelagtig for mennesket. I relation til dette giver Price fem forslag til, hvordan klienten kan hjælpes til at overkomme sin depression. En mulig forklaring på, hvorfor KAT og PDT er effektive kan være, at de trækker på de fem forslag i behandlingen af depression. To ud af flere eksempler på dette er: KAT kan hjælpe med at øge troen på egne evner og selvværd ved hjælp af adfærdseksperimenter, hvilket bringer individet ud af den depressive tilstand. I forhold til PDT kan det tænkes, at klienten hjælpes med at erstatte sin ubevidste, ufrivillige, eftergivende tilstand med en bevidst, frivillig overgivelse, når klienten udtrykker fortrængte følelser, som hjælper klienten med at acceptere konflikten udfald.

Depression er ifølge andre evolutionære perspektiver et maladaptivt resultat af

henholdsvis tilfældige kombinationer af gener eller forstyrrelser i barnets tidlige udvikling, hvilket kan forklare, hvorfor PDT og KAT ikke virker for alle. Et eksempel på hvorfor disse forhold gør, at terapierne ikke virker for alle, kan være, at forholdene medfører, at nogle er mere overfølsomme over for stressende eller ikke-støttende miljøer.

Årsager til mangelfuld virkning

Som skrevet ovenfor er der ud fra en evolutionær synsvinkel givet forklaringer på, hvorfor de to psykoterapier ikke virker for alle. I forlængelse af dette vil der i nedenstående blive givet andre mulige forklaringer på en mangelfuld virkning for nogle depressive klienter i de tre studier. Mulige forklaringer vil blive gennemgået i de følgende afsnit: Mangel på kognitive evner, andre årsager til depression, ansvarsfordeling, begrænset antal terapisesioner, mangler i PDT og kulturelle forskelle.

Mangel på kognitive evner:

Som nævnt i forrige afsnit kan en mulig årsag til, at nogle klienter ikke får lige så stor gavn af psykoterapier som ISTDP og KAT i forhold til depression, være, at nogle sårbare klienter ikke besidder de kognitive evner, som disse terapiformer kræver. Jævnfør afsnittet om terapiegnethed inden for ISTDP, undersøges det, hvorvidt klienten besidder de kognitive funktioner, der skal til for at kunne skelne mellem følelser, forsvar og forskellige affektive tilstande, da disse kan blive udfordrende for nogle klienter, når de føler angst. Eftersom ISTDP konfronterer klientens forsvar fra starten af, hvilket vækker angst hos klienten, er det vigtigt, at personen er stærk nok til at håndtere dette og stadigvæk kan reflektere. Inden for ISTDP bliver der lavet en screening for terapiegnethed i første session, men dette gøres ikke inden for KAT. Det kan tænkes, at KAT også sætter store krav til klienters reflektive evner, men at ikke alle klienter med depression kan formå at leve op til disse. Dette ville muligvis være en forklaring på, hvorfor nogle klienter, som modtager KAT, ikke får gavn af terapien. En form for screening a la det, som gøres inden for ISTDP, kunne muligvis sikre, at klienter, der er uegnede til terapien, vælges fra. Terapeuten skal, jævnfør teorien, i KAT, være opmærksom på klientens

kognitive evner i punkt tre i den specifikke behandlingsmodel til depression. Men hvordan der tages hensyn til dette, uddyber Arendt et. al ikke, hvilket er kritiserbart. I Nakagawa et al. (2017, p. 1127) og Town et al. (2017, p. 16) ekskluderer de dog personer med "alvorlige kognitive deficits" eller "kognitive svækkelser", hvor Driessen et al. ikke eksplicit nævner, at de har ekskluderet personer med kognitive deficits. Driessen et al. nævner blot, at personer, som ikke var i stand til at opfylde studiets krav, blev ekskluderet (2013, p. 1042). Men hvilke krav der menes, og hvordan det er vurderet, om en person kan leve op til dem, er ikke uddybet. Ligeledes beskriver Nakagawa et al. og Town et al. ikke, hvilke kriterier, de har anvendt til at sortere personer med kognitiv svækkelse fra. Eftersom det ikke fremgår af studierne, at de har testet deltageres kognitive evner, kunne det tænkes, at det kun er personer med åbenlyse kognitive svækkelser, som ses hos folk med hjerneskader eller mentalt retarderede personer, der er blevet sorteret fra. Dette udelukker dog ikke muligheden for, at nogle af deltagerne i studierne, kunne have haft nedsatte kognitive evner, som gjorde det sværere for dem at reflektere eller opnå nye indsigter, således de ikke fik gavn af terapierne.

Andre årsager til depression:

En anden årsag til, at alle ikke får nok gavn af terapierne kan skyldes, at terapierne ikke behandler den/de egentlige årsag/årsager til klientens depression. Som nævnt i teorien har både PDT/ISTDP og KAT deres egne antagelser om årsagen til psykopatologi og depression. Dette kan være problematisk, da der kan være mange andre forskellige årsager til depression, hvor vi kommer ind på nogle mulige årsager i følgende. Dette kan betyde, at terapierne ikke behandler den egentlige årsag (eller årsager) til klientens problemer og derfor kun har en lille effekt. Inden for PDT opfattes depression som et symptom på en intrapsykisk konflikt, som opstod i barndommen. Hvorvidt dette indebærer en opfattelse af, at individer med depression er opvokset i ugunstige sociale omgivelser, er ikke helt klart. Dog viser forskning, at nogle personer, som udvikler depression, vokser op i ugunstige forhold, mens andre ikke gør (Mcguire, Troisi, Raleigh, 1997, p. 257). Det kan altså tænkes, at disse individer, som er vokset op i gode sociale forhold, ikke nødvendigvis har konflikter fra barndommen, som skal bevidstliggøres. For disse personer, vil PDT/ISTDP muligvis være en upassende tilgang. Ligeledes kan det tænkes, at ikke alle klienters depression skyldes dysfunktionel tænkning, som KAT antager, men også kan skyldes

andre årsager. Andre årsager kunne blandt andet være en ubearbejdet, traumatisk barndom eller en genetisk/udviklingsmæssig disposition, som gør individet ekstra sårbart over for ydre stimuli, samt gør det svært for individet at regulere sine følelser og tænke rationelt. Endnu en pointe i forhold til, at terapierne ikke altid virker er, at de muligvis kun behandler én af årsagerne til klientens depression, men ikke kommer rundt om alle årsagerne. Et eksempel kunne være, at en klients depression både skyldes en genetisk sårbarhed, samt en traumatisk begivenhed, men terapien kun behandler den følelsesmæssige/kognitive bearbejdning af traumet, men ikke den genetiske sårbarhed. Pointen med, at der kan være flere årsager til depression tydeliggøres også i Møhl og Simonsens forklaring på psykiske lidelsers årsager, som de mener er multifaktoriel. Det vil sige, de mener, at en sygdom ikke alene kan forklares ud fra enkelte faktorer, som for eksempel enkeltstående miljøpåvirkninger eller biologiske faktorer (Møhl & Simonsen, 2010, p. 42).

Ansvarsfordeling:

En anden årsag til, at KAT eller PDT/ISTDP ikke virker lige godt for alle klienter med depression, kunne være, at der kan være en uoverensstemmelse mellem klienters personligheder og den rolle, terapierne pålægger deres klienter. Det kan argumenteres for, at KAT og PDT/ISTDP pålægger klienter forskellige grader af ansvar i forhold til deres egen bedring.

Inden for PDT/ISTDP, kan det argumenteres for, at klienten har en passiv rolle, hvor terapeuten har en mere aktiv rolle. Med dette menes, at terapeuten påtager sig et større ansvar for klientens bedring sammenlignet med klienten. Rollefordelingen tydeliggøres på baggrund af PDT's hovedteoretiker; Freuds forståelse af psykopatologi. Jævnfør teoriafsnittet påpeger Freud, at størstedelen af klientens personlighed er ubevidst og er derfor svært at gøre tilgængelig for bevidstheden. Da klienten ikke har indsigt i sit ubevidste, kan det således ikke undgås, at terapeuten har til opgave at afsløre det skjulte. Jævnfør teoriafsnittet, indtager terapeuten ligeledes en aktiv rolle i ISTDP. Dette kan ses, idet vedkommende skal nedbryde klientens forsvar med henblik på at skabe en intrapsykisk krise, som skal åbne op for klientens ubevidste, hvilket klienten ikke kan gøre selv. I forbindelse med at skabe den intrapsyke krise, er det terapeutens opgave at finde frem til, hvilke følelser, som vækker angst i klienten, samt gøre klienten bevidst om, at hendes forsvar

arbejder imod hende. Dette indikerer således, at terapeuten, sammenlignet med klienten, indtager en mere aktiv rolle i skabelsen af den intrapsyriske krise, da klienten ikke har adgang til sit ubevidste, samt ikke er bevidst om sit forsvar.

På den anden side kan det argumenteres for, at ansvarsfordelingen mellem terapeut og klient er mere lige inden for KAT. Med dette menes, at både terapeuten og klienten påtager sig et ansvar for klientens bedring i terapien. Terapeutens ansvar for klientens bedring kan ses ved, at det er terapeuten, som har ansvaret for at føre klienten igennem trinene i behandlingen inden for KAT. Derudover er det terapeuten, som skal udfordre klientens tanker og hjælpe personen med at ændre dem. Klientens ansvar kommer blandt andet til udtryk i nogle af de primære interventioner inden for KAT som hjemmeopgaver, der er beskrevet tidligere, hvor klienten får lektier for som eksempelvis at observere sine tanker og adfærd. Et andet eksempel på at, klienten bliver tildelt ansvar for egen bedring, er at klienten lærer om den kognitive model med henblik på at blive sin egen kognitive adfærdsterapeut.

I en opsummering af ovenstående er PDT og KAT forskellige i forhold til fordelingen af ansvaret for klientens bedring mellem terapeut og klient. Det kan tænkes, at nogle klienters personligheder vil gøre, at de føler sig bedre tilpas i en mere passiv rolle, mens andre vil føle sig bedre tilpas i en mere aktiv rolle. Dette aspekt kan muligvis også have en indflydelse på, om klienten og terapeuten kan danne et godt forhold og arbejdsalliance, hvilket, som nævnt tidligere, kan have betydning for terapiens succes. Endvidere kan det tænkes, at dette aspekt kan have betydning for, hvor motiveret klienten er for at blive i terapien eller falder fra undervejs. En mangelfuld virkning kan dermed forklares ud fra ansvarsfordelingen, som påvirker, hvor motiveret klienten er samt, hvor meget personen får ud af terapien.

Begrænset antal terapisesessioner:

Andre forhold som kan have forårsaget, at terapien ikke har virket godt nok for nogle, kunne være, at nogle klienter havde brug for mere terapi, end det de blev tilbudt. Studiernes antal terapisesessioner var begrænsede til 16-20 sessioner, hvilket ikke kan have været nok for nogle klienter. Under normale omstændigheder ville klienter, som har behov for mere terapi, kunne modtage ekstra sessioner, både inden

for KAT og ISTDP/PDT. Eksempelvis, som tidligere nævnt, modtager klienter med en depression af let eller moderat grad typisk korttidsterapi bestående af i alt 10 til 12 sessioner, hvor klienter med en kronisk depression og komorbiditet modtager et længerevarende forløb. Der er derfor en sandsynlighed for, at studierne ikke afspejler terapiernes fulde potentiale i forhold til, hvor effektivt, de kan behandle depression. Driessen et al. pointerer selv, at tidsbegrænsninger på psykoterapi kan føre til underbehandling af depression (2013, p. 1048). Som nævnt tidligere i analysen, var der en stor andel deltagere i Driessen et al., som kom fra en lav socioøkonomisk baggrund. Dette nævner forfatterne, kunne være en årsag til den lave procentdel af deltagere, som opnåede remission, eftersom undersøgelser har vist, at en lav socioøkonomisk baggrund er med til at forudsige en mindre fordelagtig behandlingsrespons. Derudover nævner de, at deres resultater indikerer, at for en stor andel klienter, kan tidsbegrænset terapi ikke være nok, for at de får det bedre (ibid., p. 1047f). Ligeledes tænker vi, at for nogle klienter, som tilbydes 16 sessioner i et pakke tilbud af den offentlige sektor i Danmark, er dette muligvis ikke nok til, at de kan opnå bedring ().

Mangler i PDT

I de inkluderede studier fandt vi frem til, at KAT var mere effektiv end PDT, men dette varierede alt efter studie. For eksempel viste Driessen et al., at der ikke var en signifikant forskel i KAT's og PDT's effektivitet, mens Nakagawa et al. sammenlignet med Town et al., viste at KAT var betydeligt mere effektiv. KAT's potentielle overlegenhed kan understøttes af, at Lambert og Barley (2002, p. 20) hævder, at nogle metaanalyser fremhæver KAT som lidt mere effektivt end psykodynamiske og humanistiske tilgange.

At KAT muligvis er en bedre behandlingsform end PDT, kan skyldes, jævnfør ovenstående, at klienten inden for KAT får et større ansvar for sin bedring end i PDT, hvor vedkommende får lektier for og dermed håndterer sin lidelse uden for terapilokalet, i form af eksempelvis hjemmearbejde. Selvom ansvar og hjemmearbejde "uden for terapien" er igangsat af terapiformen (KAT), kan det argumenteres for også at påvirke den spontane bedring og klientens evne til at "hele sig selv" uden terapeutens hjælp. Inden for PDT føres terapien ikke uden for

terapilokalets rammer, hvilket kan være en mangel, der gør, at PDT klarer sig dårligere i undersøgelserne end KAT. En anden mulig årsag til, at PDT klarer sig dårligere i undersøgelser kan være, at resultatet af PDT er mere afhængigt af terapeuten end KAT er. Det kan skyldes, at der, jævnfør opgavens teori afsnit, indgår flere terapeutiske redskaber i KAT, som terapeuten kan klynge sig til sammenlignet med PDT. Dermed kan behandlingen i PDT være mere præget af terapeutens karakteristika, da der er færre teknikker og manualer.

Kulturelle forskelle

Hill (2014, p. 92) definerer *individualisme* og *kollektivism*, hvor førstnævnte fokuserer på vigtigheden af individet og sidstnævnte på gruppen. Hill forklarer, at eksempelvis i Vesten eller USA, er kulturen individualistisk, hvor individets frihed, autonomi og rettigheder vægtes højt. I Østen eller Japan gør kollektivismen sig gældende, hvor individet er mere afhængigt af familien. I Nakagawa et al. er Becks originale model tilpasset det japanske folkefærd ved at tilføje elementer til terapien, som adresserer vigtigheden af interpersonelle relationer og betragtning af familien (2017, p. 1127). Men modsat i studiet af Nakagawa et al. er behandlingsmodellen i studiet af Driessen et al. ikke tilpasset forsøgsdeltagernes kulturelle karakteristika, hvilket kan være årsag til det store frafald af deltagere. Som nævnt i analysen har 44,9 % af deltagerne i studiet af Driessen en ikke-nordvest-europæisk, kulturel baggrund. Driessen et al. påstår, at begge behandlingsmanualer for KAT og PDT, som de anvendte i deres undersøgelse, kunne anvendes til en bred gruppe mennesker, inklusiv personer med en ikke-nordvest-europæisk kulturel baggrund (2017, p. 1042). Dog faldt 28,5 % af deltagerne fra i interventionsperioden, hvilket muligvis kunne være forebygget, hvis Driessen et al. havde tilpasset behandlingsmodellen inden for KAT og PDT til immigranternes kulturelle baggrund. Grundet det store frafald i Driessen et al. kunne det tyde på, at PDT og KAT var utilstrækkelige for de deprimerede deltagere. Dette kan være en mangel i KAT og PDT, at behandlingsmodellerne ikke er tilpasset mennesker fra alle kulturer.

I en opsummering af ovenstående er der blevet givet nogle forklaringer på den mangelfulde virkning for nogle af forsøgsdeltagere i studierne. Den første mulige forklaring på en mangelfuld virkning ses inden for KAT, idet KAT tænkes at stille store krav til klienters kognitive evner, men på trods af dette, screener de ikke for

kognitive mangler, hvilket kan medføre, klienten ikke får udbytte af terapien. PDT og KAT har endvidere deres egne opfattelser af årsagen til depression. Der kan dog være andre årsager til udvikling af depression end deres forklaringer, hvilket kan medføre, at terapierne ikke behandler den egentlige årsag til depression og derfor har en mangelfuld virkning. Desuden er det blevet beskrevet, hvordan klienten har et større ansvar inden for KAT sammenlignet med PDT. Da klienter har forskellige personligheder, foretrækker nogle måske at have en passiv rolle, mens andre foretrækker en mere aktiv rolle, hvilket gør, at der nogle gange vil være et bedre match mellem nogle klienter og en terapiform. Andre forhold, som kan have forårsaget, at terapien ikke har virket godt nok for nogle, kunne være, at nogle klienter havde brug for mere terapi, end det de kunne få tilbudt i studierne. Der er derfor en sandsynlighed for, at studierne ikke afspejler terapiernes fulde potentiale i forhold til, hvor effektivt, de kan behandle depression. Årsagen til, at PDT klarer sig lidt dårligere end KAT i undersøgelserne kan være, at inden for PDT føres terapien ikke uden for terapilokalets rammer. Endnu en forklaring på, at PDT klarer sig dårligere i undersøgelserne kan være, at resultatet af PDT er mere afhængigt af terapeuten end i KAT. Ydermere er det blevet beskrevet, hvordan studiet af Driessen et al. ikke har tilpasset behandlingsmodellerne inden for PDT og KAT til forsøgsdeltagerne, som havde en anden kulturel baggrund. At næsten en tredjedel af deltagerne faldt fra, kan muligvis skyldes, at KAT og PDT ikke var tilpasset klienternes kulturelle baggrund, og derfor ikke fungerede godt for forsøgsdeltagerne.

Hvad er evidensen for, at psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi er effektive til at behandle depression, og hvad kan forklare deres virkning?

Konklusion

I en besvarelse af første del af vores problemformulering, viste to af de udvalgte studier, at begge terapiformer var mere effektive end standardbehandling alene. Derudover viste de tre studier samlet set, at der var en lille til en stor forskel i de to terapiformers effektivitet i forhold til at behandle depression. På trods af denne variation i forskellen, har vi valgt at konkludere, at PDT og KAT er lige effektive, da to ud af de tre studiers resultater indikerede, at de er omtrent lige effektive til at

behandle depression, hvilket er i overensstemmelse med resultater fra en metaanalyse og drontekendelsen.

Hvorvidt disse studier kan anvendes som evidens, afhænger af, om studierne betragtes fra et nomotetisk eller ideografisk perspektiv. Ud fra et nomotetisk perspektiv havde to af de tre studier ikke nok statistisk power og en utilstrækkelig eller ingen kontrolgruppe, hvilket gør det mere usikkert at anvende studierne som evidens. Dog kan disse studier vurderes til at kunne bidrage med evidens inden for et ideografisk perspektiv, da dette perspektiv indebærer at små stikprøver også er generaliserbare.

I besvarelsen af anden del af vores problemformulering, har vi undersøgt andres perspektiver på, hvad der kan forklare PDT's og KAT's virkning. Ifølge Messer og Warren er virkningsmekanismer inden for PDT indsigt, følelsesmæssig involvering, terapeut-klient-forholdet og den korrektive emotionelle oplevelse. Hougaard mener, at virkningsmekanismer inden for KAT er kognitionsændringer, klientens ansvar, den terapeutiske alliance og klientens forventninger. Ligheder mellem Messer og Warrens og Hougaards forklaringer på virkningsårsager er for det første den terapeutiske alliance. For det andet har vi tolket en lighed imellem "indsigt" og "kognitionsændringer", eftersom de begge giver klienten et nyt perspektiv på tilværelsen samt skaber en større selvbevidsthed.

På baggrund af Lambert og Barleys teori om, at 45 % af psykoterapiers virkning skyldes nonspecifikke faktorer, har vi søgt efter fælles faktorer på tværs af PDT og KAT, hvor vi kom frem til: Den terapeutiske alliance, bortskaffelse af negative følelser, lignende teknikker og placeboeffekten. I en undersøgelse af, hvordan de faktorer, som vi selv er kommet frem til, stemmer overens med Messer og Warrens samt Hougaards syn på virkningsårsager, når vi til enighed med dem i form af, at den terapeutiske alliance, følelsesmæssig involvering, indsigt og placeboeffekten.

Hvorvidt de nonspecifikke faktorer kan forklare terapiernes virkning, kan diskuteres. Det skyldes, at Lambert og Barleys teori, ifølge Cuijpers og Huibers, ikke er baseret på faktiske empiriske beviser for forandringsmekanismer, men på samlede estimeringer af observationelle korrelationer i litteraturen. Som en alternativ

forklaring, fremsætter Cuijpers og Huibers en hypotese om, at psykoterapis virkning kan skyldes en kombination af nonspecifikke og specifikke faktorer.

En anden forklaring på KAT's og PDT's virkning kan være, at de går ind og påvirker evolutionære årsager til depression, hvilket Price opfatter som en tidligere adaptiv, ufrivillig overgivelsesstrategi. Hvorfor terapiformerne virker, kan eksempelvis skyldes, at KAT styrker klientens tro på sine evner ved hjælp af adfærdseksperimenter, hvilket får personen til at opgive sin ufrivillige overgivelsesstrategi.

Dette speciale undersøgte også årsager til en manglende virkning inden for KAT og PDT. En mulig forklaring på, hvorfor terapierne ikke virker for alle, kan være, at nogle former for depression skyldes tilfældige genkombinationer eller forstyrrelser i barnets tidlige udvikling, hvilket påvirker barnets kognitive evner samt prædisponerer det for depression. En manglende virkning inden for KAT kan muligvis skyldes, at sårbare individer med svækkede, kognitive evner, ikke screenes fra. En anden årsag til en mangelfuld virkning kan være, at årsagen til depression, ifølge Møhl og Simonsen, er multifaktoriel, hvor det kan tænkes, at terapiformerne kun behandler få ud af mange årsager. En anden forklaring på en manglende virkning inden for KAT og PDT kan tænkes at være, at ansvarsfordelingen er forskellige i de to terapiformer, hvilket ikke altid passer til klientens præferencer, som kan påvirke klientens udbytte af terapien. En anden forklaring på en mangelfuld virkning kan være, at nogle klienter har brug for mere terapi end, hvad de bliver tilbudt. En mangelfuld virkning inden for PDT kan skyldes, at denne terapi ikke føres uden for terapilokalets rammer, i form af eksempelvis hjemmearbejde. En anden årsag kan være, at resultatet af PDT er mere afhængigt af terapeuten, og mindre afhængigt af teknikker og manualer. Endnu en årsag til en mangelfuld virkning i PDT og KAT kan være, at behandlingsmodellerne muligvis ikke virker universelt, hvilket fordrer kulturelle tilpasninger.

Perspektivering

Analysens resultater indikerede, at PDT og KAT I det store billede var nogenlunde lige effektive, med få afvigelser, hvilket er i overensstemmelse med drontekendelsen. Dog viste studierne også, at under halvdelen af deltagerne opnåede remission. Hvis KAT og PDT kun virker for under halvdelen, vil vi mene, at der er plads til

forbedringer inden for psykologisk praksis. Vi tænker, at procentdelen af individer, som opnår remission gennem psykoterapi, kunne forøges, hvis psykologer blev bedre til at detektere, hvad årsagen til klientens problemer er, samt hvilken terapeutisk indsats, klienten har brug for. Hvis alle psykoterapier er lige effektive på grund af nonspecifikke faktorer, kan det være underordnet, hvilken terapiform, som terapeuten vælger. Vi har derfor et indtryk af, at mange psykologer vælger terapiform ud fra intuition, end ud fra et videnskabeligt funderet grundlag. Der er mulighed for, at det ikke er ligegyldigt, hvilken terapi eller hvilke teknikker, som anvendes til den enkelte klient. Der mangler derfor forskning, som kan give større forståelse for, hvorfor terapierne virker for nogle og ikke andre, og hvornår en teknik er oplagt at anvende i terapien. Sådant en form for forskning kunne hjælpe psykologer til at blive bedre til at vælge deres interventioner. Dette tænkes at ville gøre psykologer i stand til at lave en screening af klienter før påbegyndelsen af terapi, som kan hjælpe dem med at beslutte, hvilken terapiform, klienten har gavn af og dermed bør tilbydes klienten. Det vil sige, at valget af terapiform ikke skal afhænge af terapeutens præferencer, men rettere afhænge af klientens behov. Dertil kan det overvejes, om det er etisk forsvarligt, at klienten betaler penge for noget, som personen ikke ved, virker med sikkerhed. Endvidere tænkes det, at hvis psykologers interventioner var mere baseret på forskning end intuition, kunne det forbedre deres effektivitet i deres praksis, men også forbedre deres professionelle rolle i samfundet. Det vil blive en udfordring at finde frem til de specifikke årsagsmekanismer inden for psykoterapier, dog opfattes dette stadig som en udfordring, der er værd at tage op, for psykologisk praksis og klienters vilkår.

Referenceliste:

Bøger:

- Arendt, M., & Rosenberg, N. (2012). *Kognitiv terapi - Nyeste udvikling* (1 ed.). København: Hans Reitzels Forlag: Gennemgår negativ automatisk tænkning i relation til depression samt, hvordan tanker, krop og adfærd hænger sammen.
- Beck, J.S. (2011). *Kognitiv Adfærdsterapi – Grundlag og Perspektiver*. Akademisk Forlag.
- Brinkmann, S (2012). Forståelse og fortolkning. In Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, Nedergaard, P. (Eds.) *Videnskabsteori i statskundskab og forvaltning* (pp. 67-95). København. Hans Reitzels Forlag.
- Carroll, L. (1865). Alice i eventyrland.
- Coughlin, P. & Della Selva (2001). *Intensiv dynamisk korttidsterapi* (1. ed.). København: Hans Reitzels Forlag
- Coolican, H. (2014). *Research Methods and Statistics in Psychology* (6. ed.). New York: Psychology Press.
- Ewen, R (2010). *An introduction to theories of personality* (7. ed.). New York. Psychology Press. (pp. 1-9)
- Flyvbjerg, B (2015). Fem misforståelser om casestudiet. S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.) *Kvalitative metoder* (pp. 497-520). København: Hans Reitzels Forlag.
- Freud, S. (1923/1962). *The ego and the id*. Standard edition: London: Hogarth Press, Vol. 19. Paperback reprint: Newyork: Norton, 1962.
- Gammelgaard J. (2011). Psykoanalyse. In B. Karpatschhof and B. Katzenelson (Eds.), *Klassisk og moderne psykologisk teori* (2. ed. pp. 153-183). Hans Reitzels Forlag.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2007). *Underteksten – Psykoanalytisk Terapi i Praksis*.
- Hill, C. E. (2014). *Helping skills* (4. ed.). Washington D.C.: American Psychological Association. (pp. 89-101)

- Hougaard, E (2004). *Psykoterapi – Teori og forskning* (2.ed.). Dansk Psykologisk Forlag.
- Jacobsen, C. H., & Mortensen, K. V. (2013). *Psykoterapeutisk praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Malan, D. H. (1992). *Individuel psykoterapi og den psykodynamiske videnskab*. Hans Reitzels Forlag.
- McGuire, M., Troisi, A. & Raleigh, M. (1997) Depression in evolutionary context. In S. Baron.Cohen (Ed.) *The maladapted mind* (pp. 255-282). UK: East Sussex: Psychology Press.
- Messer, S. B., & Warren, C. S. (1998). *Models of Brief Psychodynamic Therapy: A Comparative Approach*. Guilford Publications.
- Møhl, B., & Simonsen, E. (2010). *Grundbog i psykiatri* (1 ed.). Hans Reitzels Forlag. (pp. 33-55).
- Price, J., Sloman, L., Gardner, R., Gilbert, P. & Rohde, P. (1997) The social competition hypothesis of depression. In S. Baron.Cohen (Ed.) *The maladapted mind* (pp. 241-253).
- World Health Organization. (1994). *WHO ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser – klassifikation og diagnostiske kriterier* (1 ed., Vol. 11). København: Munksgaard Danmark.

Artikler:

- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber A., Dekker J, Rabung, S., Rusalovska, S. & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the psychodynamic therapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 745-770.

- Driessen, E., Van, H. L., Don, F. J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R.A., Cuijpers, P. Twisk, J. W. R. & Dekker, J. J. M. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *The American Journal of Psychiatry*, 170(9), 1041–1050.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 15-22.
- Nakagawa, A., Mitsuda, D., Sado, M., Abe, T., Fujisawa, D., Kikuchi, T., Iwashita, S., Mimura, M. & Ono, Y. (2017). Effectiveness of supplementary cognitive-behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant Depression: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(8), 1126-1135.
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J. & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174, 943–953. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17010057
- Town, J.M., Abbass, A., Stride, C. & Bernier, D. (2017) A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *Journal of Affective Disorders*, 214, 15–25.

Hjemmesider

- Ekstrøm, M. (2019) *Pakketilbud*. Tilgået d. 29.05.2019:
<https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/transkulturel-psykiatri/Behandling/Sider/Pakketilbud.aspx>

Bilag

Sammenligning af studierne forskningsdesign

	Nakagawa 2017 (KAT)	Town 2017 (ISTDP)	Driessen 2013 (PDT/KAT)
Metode	RCT, parallel gruppe	RCT, parallel gruppe	RCT, parallel gruppe
Deltagere	<p>Rekrutteret fra ambulante afdelinger i to hospitaler.</p> <p>Sted: Tokyo, Japan</p> <p>Kriterier for depression: DMS-IV (major depressive disorder) og HAMD score ≥ 16</p> <p>Alder: 20-65 år; gennemsnitligt 39,5 år for KAT-gruppen, 41,7 år for kontrolgruppen</p> <p>80 deltagere (n = 29 (36%) kvinder)</p> <p>Baseline HAMD-GRID score (gennemsnit): KAT + TAU = 20,9; TAU = 20,8</p> <p>Baseline BDI-II score (gennemsnit): KAT + TAU = 27; TAU = 27,2</p> <p>Baseline QIDS-SR score (gennemsnit): KAT + TAU = 13,8; TAU = 14,0</p>	<p>Rekrutteret fra fire ambulante hospitalsafdelinger.</p> <p>Sted: Halifax, Canada</p> <p>Kriterier for depression: DMS-IV (major depressive disorder) og HAMD score ≥ 16</p> <p>Alder: 18-65 år; gennemsnitligt 38,9 år for ISTDP-gruppen, 44,2 år for kontrolgruppen</p> <p>60 deltagere (n = 38 (63.3%) kvinder)</p> <p>Baseline HAMD score (gennemsnit): ISTDP + TAU = 23,03; TAU = 23,8</p> <p>Baseline PHQ-9 score (gennemsnit): ISTDP + TAU = 18,9; TAU = 20,01</p>	<p>Rekrutteret fra tre psykiatriske, ambulante klinikker i Amsterdam.</p> <p>Sted: Amsterdam, Holland</p> <p>Kriterier for depression: DMS-IV (major depressive disorder) og HAMD score ≥ 14</p> <p>Alder: 18-65 år; gennemsnitligt 38,3 år for KAT-gruppen, 39,5 år for PDT-gruppen</p> <p>341 deltagere (n = 239 (70,1%) kvinder)</p> <p>Baseline HAMD score (gennemsnit.): KAT = 23,7; PDT = 23,1</p> <p>Baseline IDS-SR score (gennemsnit): KAT = 42,9; PDT = 42,6</p>

Interventioner	<p><u>Gruppe I (n = 40): KAT + TAU</u> KAT baseret på Becks originale manual, med nogle tilpasninger til japansk kultur, blev udført af 6 terapeuter; 4 psykiatere, 1 klinisk psykolog og 1 psykiatrisk sygeplejerske. Terapeuterne modtog gruppesupervision hver anden uge. Deltagerne modtog 50 minutters sessioner planlagt ugentligt. De kunne modtage mellem 16 og 20 sessioner i alt. Udover KAT, modtog deltagerne også TAU-behandling.</p>	<p><u>Gruppe I (n = 30): ISTDP + TAU</u> ISTDP baseret på en manual af Davanloo blev udført af 4 terapeuter; 1 psykiater og 3 kliniske psykologer, som gennemsnitligt behandlede 7 klienter hver. Terapeuterne havde adgang til ugentlig supervision. Første session var en udvidet 2-3 timers konsultation; efterfølgende sessioner varede 1 time og var planlagt ugentligt. Deltagerne kunne modtage op til 20 sessioner i alt. Udover ISTDP, modtog deltagerne også TAU-behandling.</p>	<p><u>Gruppe I (n = 164): KAT</u> KAT baseret på Becks principper blev udført af 37 terapeuter, hvor størstedelen var psykologer. Gennemsnitligt behandlede de 4,3 klienter hver. Terapeuterne modtog supervision hver anden uge. Deltagerne modtog op til 16 sessioner inden for 22 uger.</p>
	<p><u>Gruppe II (n = 40): TAU (kontrol)</u> TAU bestod af medicinsk behandling med 10-15 minutters medicineringsbesøg hos syv psykiatere ca. hver anden uge. Depressive symptomer blev målt med QIDS-SR ved hvert besøg. Forskerne satte ingen restriktioner på hvilke former for behandling TAU-gruppen kunne modtage (bortset fra ingen KAT eller interpersonel terapi).</p>	<p><u>Gruppe II (n = 30): TAU (kontrol)</u> TAU bestod af medicinsk behandling, støttende eller strukturerede aktiviteter med fokus på symptomhåndtering og i nogle tilfælde individuel eller gruppe-psykoterapi. Forskerne satte ingen restriktioner på hvilke former for behandling TAU-gruppen kunne modtage (bortset fra ingen ISTDP).</p>	<p><u>Gruppe II (n = 177): PDT</u> En støttende form for PDT blev udført af 56 terapeuter, hvor størstedelen var psykiatere. Gennemsnitligt behandlede de 3 patienter hver. Terapeuterne modtog supervision hver anden uge. Deltagerne modtog op til 16 sessioner inden for 22 uger.</p>
Anti-depressiv medicin	Begge grupper fortsatte antidepressiv medicin som del af sædvanlig behandling.	Begge grupper fortsatte antidepressiv medicin som del af sædvanlig behandling.	Klienter med alvorlig depression ved baseline (HAMD score >24; n = 129) og dem med moderat depression ved baseline, som udviklede alvorlige depressive symptomer under psykoterapien (n = 21) blev tilbudt antidepressiv medicin, som var administreret af en psykiater, der ikke var deres terapeut i studiet.
Outcomes	<u>Primært outcome:</u> Forandring i	<u>Primært outcome:</u> Forandring i	<u>Primært outcome:</u> Remissionsrate efter 22

	<p>observatørbedømt 17-item GRID-HAMD score efter 16 uger (postbehandling).</p> <p><u>Sekundære outcomes:</u> Forandring i deltagerbedømt BDI-II/QIDS-SR score af depressive symptomer postbehandling.</p> <p>Responstrate ud fra GRID-HAMD Remissionsrate fra GRID-HAMD</p> <p>Livskvalitet (SF-36 mental; SF-36 physical)</p> <p>Sikkerhed (antal seriøse alvorlige begivenheder: dødsfald, livstruende begivenheder, hospitalisering).</p> <p>Frafald</p>	<p>observatørbedømt 17-item HAMD score efter 6 måneder (postbehandling).</p> <p><u>Sekundære outcomes:</u> Forandring i deltagerbedømt PHQ-9 score af depressive symptomer postbehandling.</p> <p>Ugunstige begivenheder</p> <p>Frafald</p>	<p>uger (postbehandling) ud fra HAMD.</p> <p><u>Sekundære outcomes:</u> Remissionsrate efter 52 uger (opfølgning)</p> <p>Forandring i gennemsnitlig observatørbedømt HAMD depressionsscore postbehandling og ved opfølgning.</p> <p>Forandring i gennemsnitlig deltagerbedømt IDS-SR depressionsscore postbehandling og ved opfølgning.</p> <p>Ugunstige begivenheder</p> <p>Frafald</p>
Respons/ remission	<p><u>Respons:</u> $\geq 50\%$ reduktion i GRID-HAMD score fra baseline.</p> <p><u>Remission:</u> GRID-HAMD score < 7.</p>	<p><u>Delvis remission:</u> HAMD score ≤ 12; PHQ-9 score ≤ 9.</p> <p><u>Fuld remission:</u> HAMD score ≤ 7; PHQ-9 scale sum score på ≤ 4.</p>	<p><u>Respons:</u> $\geq 50\%$ reduktion i HAMD score postbehandling</p> <p><u>Remission:</u> HAMD score ≤ 7.</p>
Målepunkter	0, 8, 16 uger + 3, 6 og 12 måneders opfølgning	0, 3 og 6 måneder (ingen opfølgning)	Fra baseline: 0, 5, 10, 22 og 52 ugers opfølgning
Definition af TRD	Ingen respons efter mindst 8 uger med tilpas terapeutisk dosering af antidepressiv medicin som del af sædvanlig behandling.	Utilstrækkelig respons (HAMD score ≥ 16) efter mindst 6 uger med antidepressiv medicin ved tidspunktet for screeninginterviewet.	Ikke relevant for dette studie.

